



**PERBEDAAN DEPRESI REMAJA SISWI SMA NEGERI  
DESA DAN KOTA DAERAH AGRARIS  
DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

oleh  
**Fransiska Melani**  
**NIM 072310101022**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2012**



**PERBEDAAN DEPRESI REMAJA SISWI SMA NEGERI  
DESA DAN KOTA DAERAH AGRARIS  
DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar sarjana Keperawatan

oleh  
**Fransiska Melani**  
**NIM 072310101022**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2012**

**SKRIPSI**

**PERBEDAAN DEPRESI REMAJA SISWI SMA NEGERI  
DESA DAN KOTA DAERAH AGRARIS  
DI KABUPATEN JEMBER**

oleh

Fransiska Melani  
NIM 072310101022

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Sujono Kardis, Sp. KJ

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Latifa Aini S., M. Kep., Sp. Kom.

## PERSEMBAHAN

Pujian kepada Tuhan Yesus Kristus yang senantiasa memberikan rahmat dan berkat-Nya serta memberikan curahan roh kudus-Nya sehingga saya dapat tetap melangkah dan maju hingga saat ini, serta Bunda Maria yang selalu menjaga dan mendoakanku selama ini sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Leonardus Moelyoso dan Ibunda Esti Satriyati tercinta, yang tidak henti-hentinya memberikan dukungan dan doa, semangat, dan motivasi demi tercapainya harapan dan cita demi masa depanku, terima kasih atas dukungan, semangat, dan bantuannya selama ini, serta kemenakanku tersayang Kresensia Monika yang mengisi hari-hariku dengan tawa dan tangis tiada henti;
2. Kakanda Egi Danang Eko Putra yang telah menjadi penyemangatku saat suka maupun duka dan tidak hentinya memberikan semangat, motivasi, dan cinta, terima kasih atas segalanya;
3. almamaterku yang ku banggakan "Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember" dan seluruh Dosen, serta Bapak dan ibu guruku yang tercinta di TKK Santo Paulus Bojonegoro, SDK Maria Fatima I Jember, SMPK Maria Fatima Jember, SMA Negeri 1 Jember, yang telah memberikan ilmu dan mendidikku.

## MOTO

Janganlah menahan kebaikan pada orang-orang yang berhak menerimanya,  
padahal engkau mampu melakukannya.

Janganlah engkau berkata kepada sesamamu: “Pergilah dan kembalilah, besok  
akan kuberi,” sedangkan yang diminta ada padamu.

(Amsal 3:27-28)<sup>\*)</sup>

Diberkatilah orang yang mengandalkan TUHAN,  
yang menaruh harapannya pada TUHAN.  
Sembuhkanlah aku, ya TUHAN, maka aku akan sembuh.

(Yeremia 17:7,14)<sup>\*)</sup>

---

<sup>\*)</sup> Lembaga Alkitab Indonesia. 1990. *Alkitab*. Bogor: Percetakan Lembaga Alkitab Indonesia

## **PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fransiska Melani

NIM : 072310101022

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: Perbedaan Depresi Remaja Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember adalah benar-benar hasil karya sendiri, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2012

yang menyatakan,

Fransiska Melani  
NIM 072310101022

## **PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul “Perbedaan Depresi Remaja Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program

Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari, tanggal : Rabu, 6 Juni 2012

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan

**Tim Penguji**

**Ketua,**

**dr. Sujono Kardis, Sp. KJ**  
**NIP 19490610 198203 1 001**

**Anggota I**

**Anggota II**

**Ns. Latifa Aini S., M.Kep., Sp.Kom.    Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom.**  
**NIP 19710926 200912 2 001                    NIP 19800105 200604 1 004**

**Mengesahkan**

**Ketua Program Studi,**

**dr. Sujono Kardis, Sp. KJ**  
**NIP 19490610 198203 1 001**

*Perbedaan Depresi Remaja Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember (Differences in Adolescent Depression in Female Students of State Senior High Schools in Rural And Urban of Agrarian Area in Jember Regency)*

**Fransiska Melani**

*Nursing Science Study Program, Jember University*

**ABSTRACT**

*Depression is prolonged mood disorder. Depression in adolescence disrupts thinking, feeling, and behavior. This research was intended to identify differences in adolescent depression in female students of state senior high schools in rural and urban in agrarian area in Jember Regency. Beck Depression Inventories II (BDI-II) was a measurement to assess depression, consisted of 21 items including 15 items to describe emotional and behavioral changes, and 6 items to describe somatic symptoms. BDI-II used to assessment for both of group (rural and urban). This research was an observational analytic study using cross sectional approach. Sampling technique used simple random sampling with 46 samples divided into 2 groups: 25 young women living in the rural area and 21 young women living in the urban area. Data were analyzed using Chi-Square test with  $\alpha = 0.05$ . Based on the research results, it was found that 19 respondents (76%) were detected to have depression and 6 respondents (24%) without depression at state senior high schools located in rural in agrarian area, while 8 respondents (38.1%) were detected with depression and 13 respondents (24%) without depression at state senior high schools located in urban in agrarian area ( $p = 0.021$ ). The result of this research is that there is difference in adolescent depression in female students of state senior high schools in rural and urban in agrarian area in Jember Regency.*

**Key words:** *adolescent depression, rural and urban, agrarian area*



## RINGKASAN

**Perbedaan Depresi Remaja Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember;** Fransiska Melani, 072310101022; 2012: xviii + 114 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Depresi adalah gangguan mood yang berkepanjangan yang mewarnai seorang remaja mengalami gangguan dalam berpikir, berperasaan, dan berperilaku. Beck Depression Inventories II (BDI-II) merupakan suatu alat untuk mengetahui kejadian depresi dengan mengevaluasi 21 gejala depresi, 15 diantaranya menggambarkan emosi, dan perubahan sikap, serta 6 gejala somatik. Item-item tersebut menggambarkan kesedihan, pesimistik, perasaan gagal, ketidakpuasan, rasa bersalah, harapan akan hukuman, membenci diri sendiri, menuduh diri sendiri, keinginan bunuh diri, menangis, iritabilitas, penarikan diri dari masyarakat, tidak dapat mengambil keputusan, perubahan bentuk tubuh, masalah bekerja, insomnia, kelelahan, anoreksia, kehilangan berat badan, preokupasi somatik dan penurunan libido. Tujuan umum dalam penelitian ini adalah mengidentifikasi perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember, sedangkan tujuan khususnya adalah mengetahui karakteristik umur remaja pada daerah agraris desa dan kota Kabupaten Jember, mengidentifikasi depresi remaja pada daerah agraris desa di Kabupaten Jember, mengidentifikasi depresi remaja pada daerah agraris kota di Kabupaten Jember, mengidentifikasi karakteristik gejala depresi yang sering muncul pada remaja desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember, mengidentifikasi perbedaan depresi remaja pada daerah agraris desa dan kota di Kabupaten Jember, mengidentifikasi daerah yang lebih berpeluang untuk mengalami depresi.

Penelitian ini merupakan deskriptif perbandingan yang membandingkan antara depresi remaja putri yang berada di daerah desa dan kota dan menggunakan metode observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada

penelitian ini adalah siswi yang berada dilingkungan SMA negeri desa dan kota pada daerah agraris di Kabupaten Jember.

Pengambilan sampel pada penelitian ini dengan menggunakan *simple random sampling*. Total responden yang digunakan sebanyak 46 responden dengan 25 responden merupakan remaja putri yang berada di desa dan 21 responden merupakan remaja putri yang berada di kota. Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh data bahwa distribusi kejadian depresi pada siswi SMA Negeri yang berada di desa pada daerah agraris di Kabupaten Jember, terdapat 19 orang (76%) yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi sebanyak 6 orang (24%), sedangkan distribusi kejadian depresi pada siswi SMA Negeri yang berada di kota pada daerah agraris di Kabupaten Jember, terdapat 8 orang (38,1%) yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi sebanyak 13 orang (61,9%).

Perhitungan uji statistik dengan *Chi-Square* didapatkan nilai  $p = 0,021$  yang berarti  $H_0$  ditolak. Kesimpulan pada penelitian ini adalah ada perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember, dengan adanya perbedaan tersebut, seharusnya pihak terkait yaitu puskesmas yang berada di desa lebih aktif dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada remaja putri khususnya, sehingga kejadian depresi pada remaja dapat segera ditangani.

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan anugerah dan berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul ” Perbedaan Depresi Remaja Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember” dengan baik. Penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada seluruh pihak yang membantu, terutama kepada:

1. dr.Sujono Kardis, Sp. KJ., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
2. dr.Sujono Kardis, Sp. KJ., selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Latifa Aini S., M.Kep., Sp.Kom., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, mengarahkan, memberikan motivasi, dan saran dalam kesempurnaan skripsi ini serta Ns. Tatut Susanto, M.Kep, Sp. Kep.Kom., selaku dosen penguji yang selalu memberikan saran guna perbaikan skripsi ini;
3. Ns. Nur Widayai, S.Kep., Murtaqib, S.Kep., dan Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama menjadi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
4. seluruh dosen, staf dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan dukungan selama pengerjaan skripsi ini;
5. kepala sekolah dan seluruh guru SMA Negeri desa dan kota pada daerah agraris di Kabupaten Jember yang telah memberi ijin dan membantu dalam terlaksanakannya penelitian ini;
6. teman-teman PSIK angkatan 2007 yang membantu saya terutama Nurul Mustofiah, Putu Wija, Dian Arisanti, Erlyindra, dan Amalia;
7. semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan keperawatan.

Jember, Juni 2012

Penulis

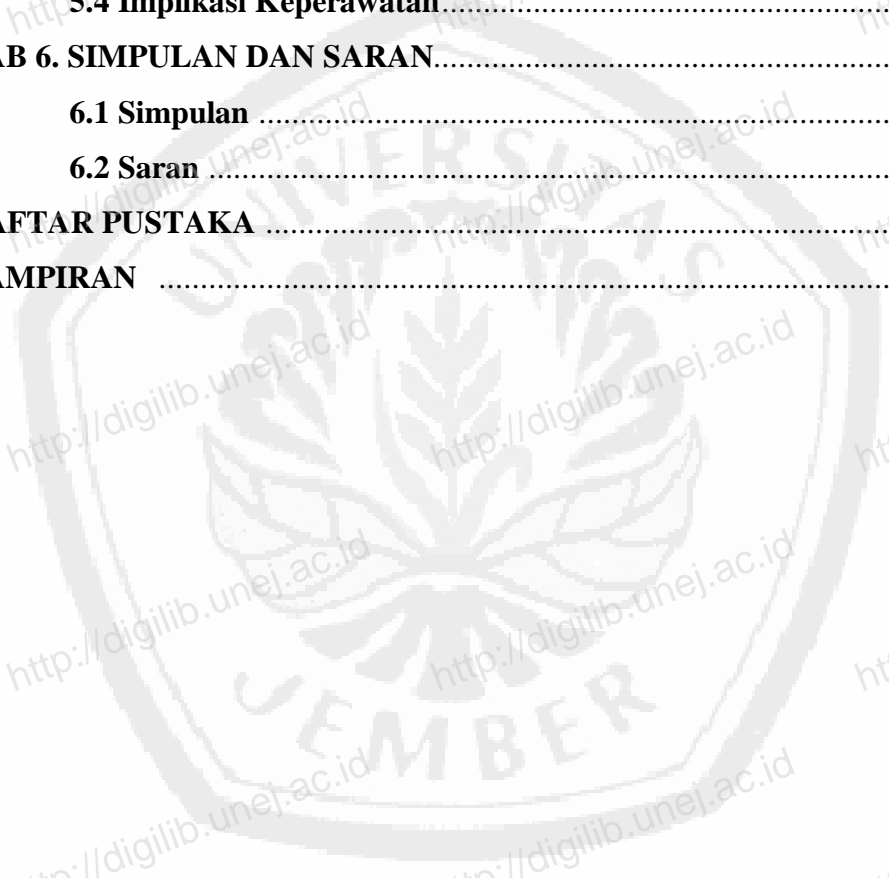
## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>viii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>ix</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xi</b>
<b>DATAR ISI</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xviii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3 Tujuan</b> .....	<b>8</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	<b>8</b>
1.3.2 Tujuan Khusus .....	<b>8</b>
<b>1.4 Manfaat</b> .....	<b>9</b>
1.4.1 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan.....	<b>9</b>
1.4.2 Manfaat Bagi Keperawatan.....	<b>9</b>
1.4.3 Manfaat Bagi Responden .....	<b>9</b>
1.4.4 Manfaat Bagi Sekolah.....	<b>10</b>
1.4.5 Manfaat bagi Peneliti .....	<b>10</b>
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	<b>10</b>

<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	12
<b>2.1 Remaja</b> .....	12
2.1.1 Definisi Remaja .....	12
2.1.2 Karakteristik Remaja .....	14
2.1.3 Perubahan Masa Remaja .....	16
2.1.4 Tugas Perkembangan Remaja .....	19
<b>2.2 Depresi</b> .....	22
2.2.1 Definisi Depresi .....	22
2.2.2 Macam-macam Depresi Pada Remaja .....	23
2.2.3 Penyebab Depresi.....	24
2.2.4 Ciri-ciri Kepribadian Depresi .....	25
2.2.5 Gejala Depresi .....	26
2.2.6 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Depresi .....	30
2.2.7 Dampak Depresi .....	33
2.2.8 Peran Perawat .....	34
<b>2.3 Konsep Desa-Kota</b> .....	36
2.3.1 Desa (rural) .....	36
2.3.2 Kota (urban).....	37
<b>2.4 Skala Penilaian Depresi</b> .....	38
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP</b> .....	40
<b>3.1 Kerangka Konsep</b> .....	40
<b>3.2 Hipotesis Penelitian</b> .....	40
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN</b> .....	41
<b>4.1 Jenis Penelitian</b> .....	41
<b>4.2 Populasi Dan Sampel Penelitian</b> .....	41
4.2.1 Populasi .....	41
4.2.2 Sampel .....	42
4.2.3 Kriteria Sampel.....	43
<b>4.3 Tempat Penelitian</b> .....	44
<b>4.4 Waktu Penelitian</b> .....	45
<b>4.5 Definisi Operasional</b> .....	46

<b>4.6 Pengumpulan Data</b> .....	47
4.6.1 Sumber Data .....	47
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....	47
4.6.3 Alat Pengumpulan data .....	48
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	49
<b>4.7 Pengolahan Data</b> .....	50
4.7.1 <i>Editing</i> .....	50
4.7.2 <i>Coding</i> .....	51
4.7.3 <i>Entry</i> .....	51
4.7.4 <i>Cleaning</i> .....	52
<b>4.8 Analisa Data</b> .....	52
<b>4.9 Etika Penelitian</b> .....	53
4.9.1 Lembar Persetujuan ( <i>informed consent</i> ) .....	53
4.9.2 Kerahasiaan ( <i>confidentiality</i> ).....	54
4.9.3 Tanpa Nama ( <i>anonimity</i> ) .....	54
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	56
<b>5.1 Hasil</b> .....	58
5.1.1 Data Umum .....	58
5.1.2 Analisis Univariat .....	59
5.1.3 Karakteristik Gejala Depresi yang Sering Muncul pada Remaja Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember.....	61
5.1.4 Analisis Bivariat .....	65
<b>5.2 Pembahasan</b> .....	66
5.2.1 Karakteristik Umur Siswi SMA Negeri Desa dan Kota pada Daerah Agraris Kabupaten Jember Periode April 2012 .....	66
5.2.2 Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Desa pada Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012 .....	68
5.2.3 Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Kota pada Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012 .....	70

5.2.4 Karakteristik Gejala Depresi yang Sering Muncul pada Remaja Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember Perode April 2012 .....	72
5.2.5 Perbedaan Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012 .....	74
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian</b> .....	77
<b>5.4 Implikasi Keperawatan</b> .....	78
<b>BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN</b> .....	80
<b>6.1 Simpulan</b> .....	80
<b>6.2 Saran</b> .....	81
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	83
<b>LAMPIRAN</b> .....	87



## DAFTAR GAMBAR

### Halaman

3.1 Kerangka Konsep.....	40
--------------------------	----





## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
1.1 Perbedaan Penelitian Sebelumnya dengan Penelitian yang Akan Dilakukan oleh Peneliti Saat Ini .....	11
2.1 Simptom-simptom Depresi.....	29
4.1 Definisi Operasional.....	46
5.1 Karakteristik Responden berdasarkan Umur pada siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012.....	59
5.2 Distribusi Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri X Desa Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012 .....	60
5.3 Distribusi Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Y Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012 .....	60
5.4 Karakteristik Gejala Depresi yang Sering Muncul pada Remaja Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012 .....	61
5.5 Perbedaan Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012 .....	65

## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
A. Lembar <i>Informed</i> .....	87
B. Lembar <i>Consent</i> .....	88
C. Form <i>Beck Depression Inventories II</i> (BDI-II).....	89
D. Data Luas Penggunaan Sawah Tahun 2011 pada tiap-tiap Kecamatan di Kabupaten Jember .....	93
E. Data Sekolah pada tiap-tiap Kecamatan di Kabupaten Jember .....	94
F. Rekapitulasi Data.....	99
G. Data Deskriptif Karakteristik (umur).....	101
H. Hasil Analisis Data.....	102
I. Dokumentasi.....	105
J. Lampiran Surat Penelitian .....	106
K. Lembar Konsultasi Bimbingan Skripsi .....	112

## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Depresi adalah gangguan alam/suasana perasaan (afek) yang ditandai dengan kemurungan, rasa sedih, rasa tak berdaya, rasa tak bersalah, dan rasa berdosa. Depresi merupakan keadaan yang sering kali tidak disadari oleh individu yang bersangkutan. Keadaan depresi dapat berlanjut atau menjadi semakin berat sehingga dapat membahayakan individu tersebut (Ibrahim, 2011).

Keadaan depresi dapat dipengaruhi oleh kemajuan zaman, dengan kemajuan teknologi dan budaya, individu terus terpapar dengan hal-hal yang baru. Keadaan tersebut dapat meningkatkan faktor-faktor yang menjadi stresor psikologis bagi seseorang. Hal ini akhirnya dapat mengakibatkan peningkatan angka kejadian depresi (Ibrahim, 2011).

*World Health Organization* (WHO) tahun 2001 menyatakan bahwa depresi berada pada urutan keempat penyakit di dunia pada tahun 2000. Diperkirakan pada tahun 2020 jumlah individu yang mengalami depresi semakin meningkat dan akan menempati urutan kedua penyakit di dunia. Tahun 2011 depresi sudah menduduki posisi kedua untuk kategori usia 15-44 tahun (World Health Organization, 2011). Negara Amerika Serikat dengan jumlah penduduk sekitar 250 juta orang didapatkan hasil bahwa 10 juta penduduk diantaranya mengalami depresi (Ibrahim, 2011).

Depresi dapat terjadi pada semua usia, mulai dari anak-anak sampai usia lanjut. Depresi ini dapat menimbulkan penderitaan yang berat (Soetjiningsih, 2007). Kondisi tersebut sangat penting karena orang dengan depresi akan mengalami penurunan produktivitas dan hal ini sangat buruk akibatnya bagi suatu masyarakat, bangsa, dan negara yang sedang berkembang. Hal ini dapat lebih buruk bila terjadi pada remaja yang merupakan penentu kemajuan bangsa dimasa yang akan datang. Hal tersebut membuat banyak peneliti ingin mengetahui bagaimana kehidupan pada usia remaja (Hawari, 2011).

Penelitian tentang depresi selama 20 tahun terakhir banyak dilakukan pada usia remaja. Gejala depresi pada remaja banyak ditemui pada masa remaja akhir yaitu berupa *Anhedonia Pervasive*. *Anhedonia Pervasive* berarti tidak merasakan kesenangan atau kepuasan. Ekspresi gangguan yang terjadi pada remaja sangat tergantung pada usia, karena tiap tahap usia perkembangan memiliki masalah tersendiri. Gejala yang terjadi pada remaja dengan frekuensi yang sama terlepas dari usia adalah ide bunuh diri, suasana perasaan yang terdepresi atau mudah tersinggung, insomnia (gangguan pola tidur), dan menurunnya kemampuan ntuk berkonsentrasi (Soetjiningsih, 2007).

Remaja pada umumnya memiliki proses pematangan fisik yang terjadi lebih cepat dari proses pematangan kejiwaan (psikososial). Remaja dalam perkembangan normalnya mempunyai kecenderungan untuk mengalami depresi. Depresi yang terjadi pada remaja perlu dibedakan secara jelas dan hati-hati antara depresi yang disebabkan oleh gejolak perasaan yang normal pada remaja (*adolescent turmoil*) dengan depresi sebagai penyakit. Akibat sulitnya

membedakan antara kedua kondisi tersebut, membuat depresi pada remaja sering tidak terdeteksi (Kementrian Kesehatan RI, 2011). Gejala depresi pada masa remaja merupakan prediksi yang cukup kuat untuk timbulnya depresi pada masa dewasa dimasa yang akan datang (Ibrahim, 2011).

Gejala yang sering muncul pada remaja dengan gangguan depresi disebut trias depresi yang terdiri dari tertekannya perasaan, sulit berpikir, dan kelambatan psikomotor. Gambaran atau gejala klinik yang muncul tidak terlalu tegas, lebih dalam bentuk tersamar dibandingkan bentuk gejala aslinya (Ibrahim, 2011). Penyebab depresi pada remaja dapat diakibatkan karena seorang remaja tidak mengetahui penyebab konflik yang terjadi secara terus menerus pada dirinya. Remaja menjadi mudah marah, serba salah karena merasa tidak ada seorangpun yang mau memahami masalah yang terjadi padanya, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah tersinggung, hilang semangat sekolah/bermain, hilang rasa percaya diri dan menurunnya daya tahan tubuh (Sumiati *et al*, 2009).

Remaja dalam menghadapi masalah memiliki respon yang berbeda-beda antara remaja putra dan remaja putri. Remaja putri yang dihadapkan pada sejumlah stresor seperti penampilan fisik yang berubah (contohnya, peningkatan berat badan) stresor tersebut disadari remaja sebagai salah satu fokus ketertarikan dan fokus percakapan antar teman sebaya, sehingga akan mengakibatkan remaja tersebut berisiko mengalami penyiksaan fisik dan seksual meningkat, dapat juga berupa konflik dengan orang tua seputar isu kemandirian dan perilaku gender yang pantas, dan ditambah dengan faktor resiko yang dapat mengakibatkan coping yang kurang efektif. Stresor-stresor tersebut dapat menjadi kunci untuk

memahami dasar kaum perempuan lebih banyak mengalami depresi dibanding laki-laki (Davison *et al*, 2010).

Depresi dibedakan menjadi tiga tingkatan. Depresi ringan, sedang, dan berat. Depresi ringan banyak dialami kaum perempuan, yaitu dua kali lebih banyak dibanding laki laki, sedangkan depresi berat pada perempuan lebih ringan dibanding laki-laki. Depresi ringan sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi keluarga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011). Ibrahim (2011) menyatakan bahwa dari berbagai penelitian diketahui bahwa prevalensi depresi berat pada wanita lebih tinggi (26%) dibandingkan laki-laki (12%) pada semua tingkatan ekonomi.

Menurut Santrock (2007a) menyatakan bahwa ada beberapa penyebab dari perbedaan antar jenis kelamin antara lain adalah remaja putri cenderung untuk tenggelam dalam depresi sehingga menguatkan depresi tersebut. *Self-image* remaja putri, terutama *body-image*, cenderung lebih negatif dibandingkan putra. Remaja putri juga mengalami masa puber yang terjadi lebih cepat jika dibandingkan dengan remaja putra, sehingga remaja putri mengalami berbagai perubahan pengalaman hidup yang sangat banyak, yang dapat mengakibatkan depresi.

Depresi adalah penyebab utama tindakan bunuh diri, dan tindakan ini merupakan gangguan psikologis yang menduduki urutan keenam dari penyebab kematian utama di Amerika Serikat (Hawari, 2011). Orang yang mengalami depresi banyak yang memiliki pikiran untuk bunuh diri dan kadang benar-benar mencoba untuk menghilangkan nyawa sendiri, lebih dari separuh orang-orang

yang mencoba bunuh diri mengalami depresi saat remaja melakukan tindakan tersebut dan diperkirakan sebanyak 15% orang-orang yang dideteksi dengan depresi berat akhirnya bunuh diri (Davison *et al*, 2010). Hal ini didukung oleh Ibrahim (2011), yang menyatakan bahwa 15% individu yang mengalami depresi akan melakukan bunuh diri.

Kejadian depresi telah banyak ditemukan di Indonesia dan akan terus meningkat. Penyebab depresi adalah stres psikososial yang berat dan juga disebabkan oleh urbanisasi, penyakit-penyakit fisik yang kronik, pengaruh obat-obatan serta gaya hidup terutama pada remaja yang banyak mengkonsumsi alkohol (Ibrahim, 2011). Riskesdas Nasional 2007 menunjukkan bahwa angka rata-rata nasional gangguan mental emosional pada penduduk usia diatas 15 tahun adalah 11,6% atau sekitar 19 juta penduduk (Departemen Kesehatan, 2008). Laporan Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia diatas 15 tahun di Provinsi Jawa Timur adalah 12,3%, sedangkan data di Kabupaten Jember mempunyai angka rata-rata untuk depresi pada penduduk usia di atas 15 tahun adalah 8,2 % (Departemen Kesehatan, 2008).

Data Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember (2010), menyebutkan bahwa jumlah penduduk di Kabupaten Jember sebanyak 2.187.657 orang, dengan penduduk usia remaja (15-19 tahun) menduduki urutan pertama, dengan jumlah laki-laki sebanyak 100.393 orang dan perempuan sebanyak 103.129 orang. Banyaknya jumlah penduduk remaja tersebut mengidentifikasikan bahwa semakin tinggi jumlah remaja maka semakin banyak usia produktif. Kabupaten Jember

memiliki predikat sebagai salah satu lumbung pangan Jawa Timur. Kondisi tersebut ditunjukkan dengan adanya 85% kecamatan desa atau kelurahan berpotensi dibidang pertanian (BPS Kabupaten Jember, 2007).

Struktur ekonomi masyarakat Kabupaten Jember ditopang oleh sektor pertanian 44,64%, sektor perdagangan 19,46%, sektor jasa 10,03%, sektor industri 7,28% dan sektor transportasi 4,38%, sedangkan kepadatan penduduk yang cukup tinggi terjadi pada wilayah kecamatan kota seperti pada Kecamatan Kaliwates, Kecamatan Sumpalsari, dan Kecamatan Patrang (BPS Kabupaten Jember, 2007). Data Badan Pusat Statistik dan Dinas Pertanian Kabupaten Jember (2012) menunjukkan bahwa kecamatan kota dengan wilayah pertanian terluas adalah pada Kecamatan Patrang (1558 Ha) diikuti oleh Kecamatan Sumpalsari (1556 Ha) dan Kecamatan Kaliwates (689 Ha), sedangkan pada kecamatan desa diperoleh data bahwa Kecamatan Gumukmas (4650 Ha) merupakan kecamatan dengan daerah pertanian terluas, diikuti oleh Kecamatan Bangsalsari (4486 Ha), dan Kecamatan Umbulsari (4335 Ha).

Remaja yang tinggal di daerah desa cenderung lebih erat dalam hubungan sosial dengan remaja yang lain, hal ini berbeda dengan remaja di daerah kota yang mempunyai sifat individual yang lebih tinggi. Tahap sosialisasi di daerah desa biasanya terjadi di tempat-tempat umum seperti tempat ibadah ataupun sekolah, sedangkan di daerah kota remaja bersosialisasi banyak di tempat-tempat hiburan, selain sekolah (Stanhope & Lancaster, 2006). Data Dinas Pendidikan Kabupaten Jember (2011) menunjukkan bahwa terdapat dua SMA yang bertempat di sekitar Kecamatan Patrang yaitu SMA Negeri 5 Jember dan SMA Pahlawan Jember.



Peneliti memilih SMA Negeri Y sebagai tempat penelitian, dikarenakan peneliti ingin mengetahui perbedaan tingkat depresi pada siswi SMA Negeri di Kabupaten Jember, sedangkan pada Kecamatan Gumukmas tidak terdapat SMA negeri hanya terdapat dua SMA swasta yaitu SMA Minqu Gumukmas dan SMA Islam Gumukmas. Kecamatan Bangsalsari sebagai wilayah pertanian terluas kedua juga tidak mempunyai SMA Negeri disekitarnya, sehingga peneliti mengambil tempat penelitian pada Kecamatan Umbulsari sebagai kecamatan dengan daerah pertanian terluas ketiga yaitu pada SMA Negeri X.

Hasil studi pendahuluan pada SMA Negeri X didapatkan populasi siswi yang terdaftar pada SMA tersebut adalah 287 orang dan yang termasuk dalam usia 17-19 tahun serta merupakan putri dari orang tua yang bermata pencaharian petani adalah 77 orang, sedangkan pada SMA Negeri Y Jember didapatkan populasi siswi yang terdaftar adalah 217 orang dan yang termasuk dalam usia 17-19 tahun serta merupakan putri dari orang tua yang bermata pencaharian petani adalah 32 orang.

Penelitian yang dilakukan oleh Probst *et al* (2006) dengan membedakan proporsi depresi pada desa dan kota didapatkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa diperkirakan 2,6 juta orang dewasa pedesaan mengalami depresi dan proporsi depresi secara signifikan antara penduduk pedesaan dengan penduduk perkotaan adalah 6,1% : 5,2%. Berdasarkan alasan tersebut diatas disebutkan bahwa penduduk pedesaan mengalami keadaan hidup yang lebih buruk (dari segi pelayanan kesehatan) dari populasi perkotaan, namun bukti mengenai prevalensi gangguan kesehatan mental di daerah pedesaan bertentangan

(kejadian depresi yang dilaporkan oleh pemerintah desa), sehingga peneliti tertarik meneliti perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah adakah perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk:

- a. Mengetahui karakteristik umur remaja pada daerah agraris desa dan kota Kabupaten Jember;
- b. mengidentifikasi depresi remaja pada daerah agraris desa di Kabupaten Jember;
- c. mengidentifikasi depresi remaja pada daerah agraris kota di Kabupaten Jember;

- d. mengidentifikasi karakteristik gejala depresi yang sering muncul pada remaja desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember;
- e. mengidentifikasi perbedaan depresi remaja pada daerah agraris desa dan kota di Kabupaten Jember;
- f. mengidentifikasi daerah yang lebih berpeluang untuk mengalami depresi.

#### **1.4 Manfaat penelitian**

##### **1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai perwujudan Tridarma perguruan tinggi khusus dalam bidang penelitian serta sebagai salah satu media pembelajaran dan referensi tentang depresi pada remaja, karena dapat berdampak seperti terjadinya bunuh diri pada remaja.

##### **1.4.2 Bagi Keperawatan**

Sebagai bahan pertimbangan dan masukan untuk melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan jiwa yang tepat bagi masyarakat, yang ditujukan kepada remaja khususnya remaja putri.

##### **1.4.3 Bagi Responden**

Memberikan informasi kepada responden yaitu remaja putri tentang pentingnya kesehatan jiwa dengan manajemen depresi.

#### 1.4.4 Bagi Sekolah

Memberikan informasi kepada sekolah tentang gambaran depresi pada remaja dan memberikan informasi cara mengetahui keadaan depresi siswa kepada guru Bimbingan Konseling (BK) sehingga dapat diterapkan pada remaja di sekolah dan dapat dilakukan penanganan dengan segera.

#### 1.4.5 Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan salah satu ilmu yang dapat diperoleh peneliti tentang depresi pada remaja, dan sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian lain yang sejenis (bidang keperawatan jiwa dan komunitas) terutama tentang depresi.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang terdahulu adalah penelitian yang dilakukan oleh Budiyo (2010) yang berjudul “Perbedaan Tingkat Depresi Antara Murid Putra SMA Kelas X *Islamic Boarding School* (IBS) MTA Surakarta Yang Pernah Dan Belum Tinggal di Pondok Pesantren”. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *random sampling* dan pengujian hipotesis menggunakan uji *Chi-Square*. Didapatkan hasil nilai  $X^2$  hitung sebesar 4,715, nilai ini lebih besar bila dibandingkan dengan  $X^2$  tabel dengan signifikansi 5% yaitu sebesar 3,841. Oleh karena  $X^2$  hitung  $> X^2$  tabel dan *P value* ( $0,03 < 0,05$ ) maka

hipotesis dapat diterima yaitu dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat perbedaan tingkat depresi antara murid putra SMA kelas X *Islamic Boarding School* (IBS) MTA Surakarta yang pernah dan belum pernah tinggal dipondok pesantren.

Tabel 1.1 Perbedaan penelitian sebelumnya dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti saat ini

No	Topik	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
1	Judul	Perbedaan Tingkat Depresi Antara Murid Putra SMA Kelas X <i>Islamic Boarding School</i> (IBS) MTA Surakarta Yang Pernah dan Belum Tinggal di Pondok Pesantren	Perbedaan Depresi Remaja Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember
2	Variabel	Variabel Terikat : Tingkat Depresi Variabel Bebas : Siswa yang Pernah dan Belum Tinggal di Pondok Pesantren	Variabel Terikat : Depresi Remaja Variabel Bebas : Siswi di Desa dan Kota pada Daerah Agraris
3	Subjek	Murid Putra SMA Kelas X <i>Islamic Boarding School</i> (IBS) MTA Surakarta Yang Pernah dan Belum Tinggal di Pondok Pesantren	Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember
4	Metode penelitian	Pendekatan <i>Cross sectional</i>	Pendekatan <i>Cross sectional</i>
5	Tehnik sampling	<i>Random sampling</i>	<i>Simple Random Sampling</i>
6	Tehnik Analisa Data	Uji variabel: <i>Chi-Square</i>	Uji variabel: <i>Chi-Square</i>
7	Waktu	April – Desember 2010	September 2011 - Juni 2012

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Remaja

#### 2.1.1 Definisi Remaja

WHO (dalam Fatimah, 2010) mendefinisikan remaja lebih bersifat konseptual. Konsep tersebut terdiri dari tiga kriteria yaitu biologis, psikologis, dan sosial ekonomi. Konsep biologi meliputi individu berkembang dari saat pertama kali individu tersebut menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat individu tersebut mencapai kematangan seksual, konsep psikologis meliputi individu mengalami perkembangan psikologik dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa, dan konsep sosial ekonomi meliputi terjadi peralihan dari ketergantungan sosial-ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri.

Menurut Larson et al, 2002; (dalam Santrock, 2007b) menyatakan bahwa masa remaja (*adolescence*) merupakan periode transisi perkembangan biologis, kognitif dan sosio-emosional. Perubahan biologis, kognitif, dan sosio-emosional yang dialami remaja dapat terjadi saat dimulainya perkembangan fungsi seksual, proses berpikir abstrak hingga kemandirian. Tugas pokok perkembangan pada masa remaja adalah mempersiapkan diri memasuki masa dewasa.

Monks, 1999; (dalam Sumiati *et al*, 2009) menyatakan bahwa batasan usia masa remaja adalah masa diantara 12-15 tahun masa remaja awal, 15-18 tahun masa remaja pertengahan, dan 18-21 tahun masa remaja akhir. Hurlock (1999) berpendapat bahwa masa remaja dibagi menjadi dua bagian yaitu masa remaja awal (13-16 tahun) dan masa remaja akhir (17-18 tahun). Menurut Santrock (1993) dan Departemen Kesehatan RI (2001) menyebutkan bahwa pada masa remaja (usia 10-19 tahun) dibagi menjadi tiga yaitu masa remaja awal (usia 10-14 tahun), masa remaja pertengahan (usia 15-16 tahun), dan masa remaja akhir (17-19 tahun).

Santrock (1993) menyatakan bahwa masa remaja awal (*early adolescence*) adalah masa yang ditandai dengan berbagai perubahan tubuh yang cepat dan sering mengakibatkan kesulitan dalam penyesuaian diri, pada saat ini remaja mulai mencari identitas diri. Masa remaja pertengahan (*middle adolescence*) ditandai dengan bentuk tubuh yang sudah menyerupai orang dewasa, oleh karena itu remaja sering kali diharapkan dapat berperilaku seperti orang dewasa, meskipun belum siap secara psikis. Masa remaja akhir (*late adolescence*) ditandai dengan pertumbuhan biologis sudah melambat, tetapi masih berlangsung di beberapa tempat. Emosi, minat, konsentrasi dan cara berpikir mulai stabil serta kemampuan menyelesaikan masalah sudah meningkat. Remaja merupakan periode transisi perkembangan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, yang mencakup aspek biologis, kognitif dan perubahan sosial yang berlangsung antara usia 10-19 tahun (Sumiati *et al*, 2009).

### 2.1.2 Karakteristik Remaja

Menurut Hurlock, 1999; (dalam Sumiati *et al*, 2009) menyatakan bahwa karakteristik perkembangan normal yang terjadi pada remaja dalam mencapai identitas diri secara obyektif dan merencanakan untuk mengaktualisasikan kemampuannya. Adapun karakteristik seorang remaja yaitu menentukan rasa identitas pribadi, meningkatkan minat pada lawan jenis, menggabungkan perubahan seks sekunder ke dalam citra tubuh, memulai perumusan tujuan okupasional, dan memulai pemisahan diri dari otoritas keluarga.

Menurut Hurlock, 1994; (dalam Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I, 2010) menyatakan berbagai ciri dari remaja adalah sebagai berikut:

a. masa remaja adalah masa peralihan

Peralihan dari satu tahap ke tahap perkembangan ke perkembangan berikutnya secara berkesinambungan. Remaja bukan lagi seorang anak dan bukan juga seorang dewasa, masa ini merupakan masa yang sangat strategis, karena memberi waktu kepada remaja untuk membentuk gaya hidup dan menentukan pola perilaku, nilai-nilai, dan sifat-sifat yang sesuai dengan yang diinginkan.

b. masa remaja adalah masa terjadi perubahan

Perubahan fisik terjadi dengan cepat, perubahan perilaku dan sikap juga berkembang pada masa remaja awal. Perubahan yang terjadi pada masa remaja yang paling besar terjadi adalah perubahan emosi, peran, minat, dan pola perilaku (perubahan sikap menjadi ambivalen).



c. masa remaja adalah masa penuh masalah

Masalah remaja sering menjadi masalah yang sulit untuk diatasi, karena remaja belum terbiasa menyelesaikan masalahnya sendiri tanpa meminta bantuan orang lain. Akibatnya, terkadang terjadi penyelesaian yang tidak sesuai dengan yang diharapkan.

d. masa remaja adalah masa mencari identitas

Identitas diri yang dicari remaja adalah berupa kejelasan siapa dirinya dan apa peran dirinya di masyarakat. Remaja tidak puas dirinya sama dengan kebanyakan orang, remaja ingin memperlihatkan dirinya sebagai individu, sementara pada saat yang sama remaja ingin mempertahankan dirinya terhadap kelompok sebaya.

e. masa remaja sebagai masa yang menimbulkan kekuatan

Stigma masyarakat terhadap remaja adalah anak yang tidak rapi, tidak dapat dipercaya, cenderung berperilaku merusak, sehingga menyebabkan orang dewasa harus membimbing dan mengawasi kehidupan remaja. Stigma ini akan membuat masa peralihan remaja ke dewasa menjadi sulit, karena orang tua yang memiliki pandangan seperti ini akan selalu mencurigai remaja, sehingga menimbulkan pertentangan dan membuat jarak antara orang tua dengan remaja.

f. masa remaja sebagai masa yang tidak realistis

Remaja cenderung memandang kehidupan melalui kacamatanya sendiri, baik dalam melihat dirinya maupun melihat orang lain. Remaja belum melihat apa adanya, tetapi menginginkan sebagaimana yang remaja tersebut harapkan.

g. masa remaja adalah ambang masa dewasa

Remaja yang semakin matang berkembang dan berusaha memberi kesan sebagai seseorang yang hampir dewasa dengan terlewatnya usia belasan. Remaja akan memusatkan dirinya pada perilaku yang dihubungkan dengan status orang dewasa, misalnya dalam berpakaian dan bertindak.

### 2.1.3 Perubahan Masa Remaja

Menurut Hurlock, 1999; (dalam Sumiati *et al*, 2009) menyatakan bahwa perubahan pada masa remaja menyangkut beberapa hal yang bersifat universal yaitu perubahan fisik, perubahan (meningkatnya) emosi, perubahan terhadap minat, peran dan pola perilaku (sosial).

Ciri-ciri perubahan yang terjadi pada masa remaja adalah:

a. perubahan fisik

Menurut Monks, 1999; (dalam Sumiati *et al*, 2009) menyatakan bahwa perubahan fisik berhubungan dengan aspek anatomi dan fisiologis. Pada masa remaja, kelenjar hipofisis menjadi masak dan mengeluarkan beberapa hormon seperti hormon gonotrop yang berfungsi untuk mempercepat pematangan sel telur dan sperma, serta mempengaruhi produksi hormon kortikotrop berfungsi

mempengaruhi kelenjar suprenalis, testoteron, dan esterogen yang mempengaruhi dan mempercepat pertumbuhan.

Kondisi fisik remaja akan berubah secara cepat dan drastis serta diperlukan waktu beberapa saat untuk dapat beradaptasi dengan keadaan tersebut. Seluruh ukuran badan berubah, pada anak perempuan perkembangan pinggang menjadi kecil, dan pinggul membesar. Tahap ini remaja tidak merasa seperti orang dewasa, atau belum siap tampil seperti orang dewasa dan akibat perkembangan bervariasi luas. Timbul kecemasan karena perubahan yang dialami tidak seperti yang diharapkan, atau tidak seperti teman-temannya yang akan mempengaruhi suasana alam perasaan (*mood*). Perubahan ini mungkin tidak terduga sebelumnya dan membuat kecewa yang berkelanjutan akhirnya remaja tersebut menjadi depresi (Departemen Kesehatan RI, 2001).

b. perubahan kognitif

Remaja secara aktif membangun dunia kognitifnya sendiri. Informasi-informasi dari lingkungan tidak hanya dituangkan ke dalam pikiran tetapi juga remaja mengorganisasi pengalamannya agar dapat dipahami seperti memisahkan gagasan-gagasan penting dari gagasan yang kurang penting ataupun menggabungkan gagasan yang satu dengan yang lain. Remaja dapat mengalami konflik kognitif atau mengalami ketidakseimbangan (*disequilibrium*) saat berusaha untuk memahami dunianya dan akhirnya dapat menyelesaikan konflik yang terjadi dan memperoleh keseimbangan (*equilibrium*). Keadaan ketidakseimbangan ini yang dapat menjadi salah satu faktor pencetus kejadian depresi pada remaja (Santrock, 2007b).

c. perubahan emosional

Menurut Hurlock, 1999; (dalam Sumiati *et al*, 2009), pola emosi pada masa remaja sama dengan pola emosi pada kanak-kanak yang berupa rasa marah, takut, cemburu, ingin tahu, iri hati, gembira, sedih kasih sayang. Perbedaannya terletak pada rangsangan yang membangkitkan emosi dan pengendalian dalam mengekspresikan emosi, yaitu pada remaja umumnya memiliki kondisi emosi yang labil pengalaman emosi yang ekstrem dan selalu mendapatkan tekanan. Hal ini bila terjadi terus menerus hingga mekanisme pertahanan diri melemah akan menjadikan remaja tersebut menarik diri dari lingkungan dan akhirnya menjadi depresi.

d. perubahan sosial

Menurut Monks, 1999; (dalam Sumiati *et al*, 2009), menyebutkan dua bentuk perkembangan remaja yaitu memisahkan diri dari orang tua dan menuju kearah teman sebaya. Remaja berusaha melepaskan diri dari otoritas orang tua dengan maksud menemukan jati diri. Remaja lebih banyak berada di luar rumah dan berkumpul bersama teman sebayanya, kondisi ini membuat remaja sangat rentan terhadap pengaruh teman dalam hal minat, sikap penampilan dan perilaku.

Kurangnya kemampuan keterampilan sosial seperti, menghadapi rasa takut, rendah diri, dan rasa tertekan. Adanya kepercayaan bahwa perilaku kekerasan adalah perilaku yang dapat diterima, dan disertai dengan ketidakmampuan menangani rasa marah. Kondisi ini cenderung memicu

timbulnya perilaku risiko tinggi bagi remaja, seperti gangguan mood depresi (Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2009).

#### 2.1.4 Tugas Perkembangan Remaja

Menurut Sumiati *et al* (2009) menyatakan bahwa semua tugas-tugas perkembangan masa remaja terfokus pada bagaimana melalui sikap dan pola perilaku kanak-kanak dan mempersiapkan sikap perilaku orang dewasa. Dariyo (2004) menyatakan bahwa tugas perkembangan (*development tasks*) adalah tugas-tugas/kewajiban yang harus dilalui oleh setiap individu itu sendiri dari sejak di kandungan, bayi, anak-anak, sampai remaja.

Adapun rincian tugas-tugas perkembangan remaja menurut Havighrurst (dalam Dariyo, 2004), ada beberapa yaitu sebagai berikut:

a. menyesuaikan diri dengan perubahan fisiologis-fisiologis

Perubahan fisiologis yang dialami remaja, mempengaruhi pola perilakunya. Remaja harus dapat memenuhi kebutuhan dorongan biologis (seksual), namun bila dipenuhi hal itu pasti akan melanggar norma-norma sosial. Remaja sudah seperti orang dewasa dari sisi penampilan fisik, sehingga remaja menghadapi dilema. Remaja dituntut untuk dapat menyesuaikan diri (*adjustment*) dengan baik.

b. belajar bersosialisasi sebagai laki-laki maupun wanita

Seorang remaja diharapkan dapat bergaul dengan individu lain yang berbeda jenis kelamin, yang didasarkan atas saling menghargai dan menghormati antara satu dengan yang lainnya, tanpa menimbulkan efek

samping yang negatif. Pergaulan dengan lawan jenis ini sebagai sesuatu hal yang sangat penting, karena dianggap sebagai upaya untuk mempersiapkan diri guna memasuki kehidupan pernikahan nanti.

- c. memperoleh kebebasan secara emosional dari orang tua dan orang dewasa lain

Individu memiliki hubungan pergaulan yang lebih luas ketika sudah memasuki masa remaja, dibandingkan dengan masa anak-anak sebelumnya yaitu selain dari teman-teman tetangga, teman sekolah, tetapi juga dari orang dewasa lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa individu remaja tidak lagi bergantung pada orang tua, bahkan mereka menghabiskan sebagian besar waktunya untuk bergaul bersama dengan teman-temannya (*peer-group*), dibandingkan kehidupan remaja dengan keluarganya.

- d. remaja bertugas untuk menjadi warga negara yang bertanggung jawab

Remaja berusaha mempersiapkan diri dengan menempuh pendidikan formal maupun non-formal untuk dapat mewujudkan tugas ini agar memiliki taraf ilmu pengetahuan, keterampilan/keahlian yang profesional. Schaie (dalam Santrock, 1999), masa tersebut diistilahkan sebagai masa akuisitif yakni masa dimana remaja berusaha untuk mencari bekal pengetahuan dan keterampilan/keahlian guna mewujudkan cita-citanya, agar menjadi seorang ahli yang profesional di bidangnya. Warga negara yang bertanggung jawab ditandai dengan kepemilikan taraf keahlian dan profesi yang dapat disumbangkan oleh seorang individu untuk mengembangkan dan memajukan seluruh warga masyarakat. Remaja perlu dipersiapkan dan mempersiapkan diri secara matang dengan sebaik-baiknya.

e. memperoleh kemandirian dan kepastian secara ekonomis

Tujuan utama individu melakukan persiapan diri dengan menguasai ilmu dan keahlian tersebut adalah untuk dapat bekerja sesuai dengan bidang keahlian dan memperoleh penghasilan yang layak sehingga dapat menghidupi diri sendiri maupun keluarganya nanti. Keinginan terbesar seorang individu (remaja) adalah menjadi orang yang mandiri dan tak bergantung dari orang tua secara psikis maupun secara ekonomis (keuangan). Remaja seringkali mengambil keputusan dengan cara bekerja paruh waktu, disela-sela jam belajarnya (*part-timer*), misalnya menunggu (menjaga) toko, memberi les privat untuk pelajaran SD/SMP, dan sebagainya.

Setiap individu menghadapi tugas-tugas perkembangan tersebut secara disadari ataupun tidak. Tumbuhnya kesadaran sehingga remaja dapat memahami tugas ini sangat penting, karena akan dapat membantu remaja untuk mencapai keberhasilan, kebahagiaan dalam hidupnya. Orang tua, guru, ulama (kiai, pendeta, pastur) maupun lembaga sosial lainnya, dapat mengambil peran untuk menciptakan generasi muda yang berkualitas. Generasi muda yang memiliki ilmu pengetahuan, keterampilan atau keahlian tinggi, memiliki kepribadian yang berbudi luhur, menjunjung tinggi nilai-nilai moral, etika dan agama, serta dapat berbakti dan menjunjung tinggi nama bangsa-negara.

## 2.2 Depresi

### 2.2.1 Definisi Depresi

Menurut Hawari (2011) depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai, dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik), kepribadian tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*) perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas normal. Menurut Philip L. Rice (dalam Sumiati *et al*, 2009) depresi adalah gangguan *mood* yang berkepanjangan yang mewarnai seorang remaja mengalami gangguan dalam berpikir, berperasaan, dan berperilaku.

Depresi pada remaja umumnya yang muncul secara dominan adalah perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan. Depresi yang nyata dapat dilihat pada anak usia lebih dari 10 tahun terutama pada usia remaja mirip dengan gejala depresi pada orang dewasa. Hal ini terjadi karena pada usia lebih dari 10 tahun, penggunaan proses berfikir secara realistik semakin berkembang (Soetjningsih, 2007).

Menurut Santrock (2007a) menyatakan bahwa depresi adalah gangguan *mood* dimana seseorang merasa tidak bahagia, tidak bersemangat, memandang rendah diri sendiri, dan merasa sangat bosan. Individu merasa selalu tidak enak badan, gampang kehilangan stamina, selera makan yang buruk, tidak bersemangat, dan tidak memiliki motivasi.



### 2.2.2 Macam-macam Depresi pada Remaja

Menurut Ardjana, 2004; (dalam Soetjiningsih, 2007) membagi depresi remaja kedalam tiga kelompok yaitu:

#### a. depresi akut

Depresi akut mempunyai ciri-ciri, manifestasi gejala depresi jelas (nyata), ada trauma psikologis berat yang mendadak sebelum timbulnya gejala depresi, lamanya gejala hanya dalam waktu singkat, secara relatif mempunyai adaptasi dan fungsi ego yang baik sebelum sakit dan tak ada psikopatologi yang berat dalam anggota keluarganya yang terdekat.

#### b. depresi kronik

Depresi kronik mempunyai ciri-ciri, gejala depresi jelas (nyata), tetapi tidak ada faktor pencetus yang mendadak. Gejalanya dalam waktu lebih lama daripada depresi akut. Ada gangguan dalam penyesuaian diri sosial dan emosional sebelum sakit, biasanya dalam bentuk kepribadian yang kaku atau inadkuat (kepribadian anankastik, histerik dan sebagainya). Ada riwayat gangguan afektif (riwayat depresi) pada anggota keluarga terdekat. Menurut Davison *et al* (2010) sekitar 80% penderita kembali mengalami episode, dan rata-rata jumlah episode umumnya berlangsung selama tiga sampai lima bulan, adalah sekitar empat episode. Sekitar 12% kasus depresi menjadi gangguan kronis dengan durasi lebih dari dua tahun.

c. depresi terselubung

Gejala depresi tak jelas tetapi menunjukkan gejala lain misalnya, hiperaktif, tingkah laku agresif, psikosomatik, hipokondriasis, delikuenasi dan sebagainya.

### 2.2.3 Penyebab Depresi

Faktor-faktor penyebab timbulnya depresi yaitu stres berat, penyakit fisik kronis, kematian anggota keluarga, dan perceraian atau kehilangan pekerjaan (Pieter & Lubis, 2010). Menurut Sumiati *et al* (2009) penyebab depresi pada remaja dapat diakibatkan karena seorang remaja tidak mengetahui penyebab konflik yang terjadi secara terus-menerus. Remaja menjadi uring-uringan, serba salah karena tidak ada seorangpun yang ingin memahami masalah remaja, murung, sedih yang berkepanjangan, sensitif, mudah tersinggung, hilang semangat sekolah/bermain, hilang percaya diri dan menurunnya daya tahan tubuh. Masalah depresi pada remaja dapat disebabkan karena:

- a. faktor biologis: sakit yang berkepanjangan/kronik, pengaruh hormonal, penurunan/peningkatan berat badan;
- b. faktor psikososial: konflik individu/interpersonal, masalah pribadi remaja dengan orang tua, masalah pribadi remaja dengan teman sebaya.

#### 2.2.4 Ciri-ciri Kepribadian Depresif

Seseorang yang sehat jiwanya bisa saja jatuh dalam keadaan depresi apabila yang bersangkutan tidak mampu menanggulangi stresor psikososial yang dialaminya. Ada beberapa orang yang lebih rentan jatuh kedalam keadaan depresi dibandingkan dengan orang lain. Orang yang lebih rentan (beresiko tinggi) biasanya mempunyai corak kepribadian depresif (Hawari, 2011).

Orang dengan corak kepribadian depresif mempunyai ciri-ciri sebagai berikut pemurung, sukar untuk bisa senang, sukar untuk merasa bahagia, pesimis menghadapi masa depan, memandang diri rendah, mudah merasa bersalah dan berdosa. Ciri lainnya adalah mudah mengalah, enggan berbicara, mudah merasa haru, sedih, menangis, gerakan lamban, lemah, lesu, kurang energik, seringkali mengeluh sakit ini sakit itu (keluhan psikosomatik), mudah tegang, agitatif, gelisah, serba cemas, khawatir, takut, mudah tersinggung, tidak ada kepercayaan diri (Hawari, 2011).

Orang dengan corak kepribadian depresif juga merasa tidak mampu, merasa tidak berguna, merasa selalu gagal dalam usaha, pekerjaan ataupun studi, suka menarik diri, pemalu, pendiam, lebih suka menyisihkan diri, tidak suka bergaul, pergaulan sosial amat terbatas, lebih suka menjaga jarak, menghindari keterlibatan dengan orang, suka mencela, mengkritik konvensional, sulit mengambil keputusan, tidak agresif, sikap posisinya dalam bentuk pasif agresif, pengendalian diri terlampau kuat, menekan dorongan impuls diri, menghindari hal-hal yang tidak menyenangkan, dan lebih senang berdamai untuk menghindari konflik ataupun konfrontasi (Hawari, 2011).

### 2.2.5 Gejala Depresi

Menurut Ibrahim (2011) menyatakan bahwa trias depresi merupakan gejala dasar dari gangguan depresi, masing-masing terdiri dari:

a. suasana hati yang depresif (tertekannya perasaan)

Gejala berupa kesedihan yang mendalam, hilang rasa, kekosongan batin, resah, dan cemas. Hal ini dapat terlihat dari air mata yang sedih, tidak peduli terhadap dirinya, mudah menangis, sulit tidur dan hilangnya nafsu makan.

b. proses kelambatan berpikir (sulit berpikir)

Gejala berupa ketidakmampuan berpikir, gagasan nihilistik, ketidakpuasan mengambil keputusan, kebiasaan untuk memamah biak pikirannya (pikirannya berulang), mungkin bisa dalam bentuk pemikiran suka berkhayal. Diperlihatkan dalam sikap acuh tak acuh dan dinyatakan serba susah untuk memusatkan perhatian.

c. cacat psikomotor (kelambatan psikomotor)

Gejala berupa kelambatan dalam bergerak, kesulitan melakukan tindakan verbal (ucapan kata-kata) atau pada psikomotor, ketidakmampuan bersikap santai dan tidak ada keinginan untuk mengambil tindakan. Gerakannya lamban dan tak bergairah, gangguan ini merupakan gejala di dalam alam tingkah lakunya.

Konsentrasi dan pembuatan keputusan sangat menurun sehingga banyak individu yang depresi, mengalami kesulitan untuk melanjutkan sekolah atau bekerja. Depresi yang berat, klien mungkin tidak mampu turun dari tempat tidur atau membuat keputusan tentang apa yang ingin mereka makan (Videbeck, 2008).

Menurut Pieter & Lubis (2010) ada dua gejala mayor yang timbul yaitu gejala fisik dan gejala psikologis. Gejala-gejala fisik yang biasanya timbul antara lain sakit kepala atau pusing, nyeri lambung dan mual bahkan muntah-muntah, nyeri dada dan sesak napas, gangguan tidur (sulit tidur), jantung berdebar-debar, tidak nafsu makan atau makan berlebihan, diare, lesu dan tidak bergairah, gerakan lambat, berat badan turun, gangguan menstruasi, impotensi dan tidak respon pada hubungan seks.

Adapun gejala-gejala psikologis yang sering muncul antara lain mudah marah dan gampang tersinggung, perasaan minder atau tidak percaya diri, malu, cemas, dan bersalah, merasa tidak berguna, merasa terbebani, menyendiri, tidak mau bergaul, merasa tidak nyaman jika berkomunikasi, merasa diri terasing dalam lingkungan dan putus asa, mengalami halusinasi, tidak memperdulikan diri, tidak tanggap pada situasi lingkungan, ada keinginan bunuh diri, tidak memperhatikan pola kebersihan diri (Pieter & Lubis, 2010).

Menurut Sumiati *et al* (2009) menyatakan bahwa gejala sosial yang sering ditemui adalah marah, tersinggung, menyendiri, perasaan minder, malu, cemas jika berada diantara teman/keluarga, bahkan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal dengan orang lain, terutama remaja tersebut merasa terasing dari lingkungannya.

PPDGJ (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa) III menyatakan adanya gejala dasar depresi yaitu gejala utama dan gejala tambahan. Gejala utama depresi terdiri dari tiga gejala utama yaitu suasana perasaan yang tertekan sepanjang hari, kehilangan minat dan gairah pada hampir segala aktifitas yang dirasakan sepanjang hari, mudah lelah dan menurunnya aktifitas. Gejala tambahan depresi terdiri dari tujuh gejala diantaranya konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan rasa percaya diri berkurang, gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistik, insomnia dan hipersomnia, nafsu makan berkurang, gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau pikiran untuk bunuh diri (Soetjiningsih, 2007).

Prevalensi depresi meningkat secara stabil selama pertengahan hingga akhir abad ke-20, dan pada saat yang sama usia onset depresi menjadi semakin muda (umumnya pertengahan hingga akhir usia 20-an). Salah satu penjelasan yang mungkin bagi fenomena ini terletak pada berbagai perubahan sosial yang terjadi dalam kurun waktu tersebut. Depresi memiliki kecenderungan untuk berulang (Davison *et al*, 2010).

Penelitian tentang depresi selama 20 tahun terakhir banyak dilakukan pada usia remaja, karena gejala depresi sering terjadi pada masa remaja akhir yaitu berupa *Anhedonia Pervasive* yang berarti tidak merasakan kesenangan atau kepuasan (Soetjiningsih, 2007). *Anhedonia* merupakan keadaan dimana individu tidak mampu untuk menikmati kesenangan yang ditampilkan dalam bentuk tidak timbulnya perasaan senang terhadap aktifitas yang biasanya menyenangkan baginya (Ibrahim, 2011).

Menurut Clark, 2000; (dalam Dariyo, 2004) menyatakan bahwa ada beberapa gejala yang sering muncul saat remaja mengalami depresi yaitu:

Tabel 2.1 Simptom-simptom Depresi

1	Sangat emosional. Mudah marah. Irasional pada saat marah. Melakukan tindak kekerasan (agresifitas verbal atau fisik) ketika sedang marah.
2	Mempunyai pandangan yang buruk terhadap seluruh hidupnya. Sangat kritis terhadap diri sendiri, orang lain, dan situasi yang dihadapinya. Merasa sangat tertekan ( <i>stressed out</i> ). Merasa hidupnya sangat berbeban berat. Tidak dapat konsentrasi dan tidak dapat bekerja dengan baik.
3	Terlihat malas dan letih sepanjang waktu. Tidak dapat tinggal di rumah dengan tenang. Banyak tidur dan atau tidak dapat tidur ( <i>insomnia</i> ).
4	Sering mengungkapkan sikap benci terhadap diri sendiri. Ada keinginan untuk mati. Ada keinginan untuk mati dalam suatu kecelakaan atau bunuh diri.
5	Tidak ingin melihat orang banyak. Tak ada keinginan untuk pergi/melakukan sesuatu pekerjaan yang terlalu banyak. Umumnya merasa hidupnya tidak bahagia. Mulai merokok, minum-minuman keras, menggunakan obat-obatan.
6	Tidak menyadari kalau dirinya sedang bermasalah. Memiliki kepribadian dengan anggapan negatif bahwa segala sesuatu adalah salah (tidak ada yang benar). Remaja merasa sangat tertekan, sehingga ingin bunuh diri, tetapi hal itu tidak disadarinya.
7	Mungkin remaja tersebut terlihat seperti orang normal dan tidak tampak gejala-gejala depresi. Mungkin remaja tersebut terlihat bahagia, ketika berada di lingkungan teman atau keluarga. Seseorang tiba-tiba menjadi bebas dan bahagia, karena dia mempunyai rencana bunuh diri. Mungkin remaja tersebut akan mengungkapkan rencana bunuh diri kepada orang lain.

Sumber: Clark, 1997/2000; (dalam Dariyo, 2004)

### 2.2.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi

Beberapa faktor yang diduga berpengaruh terhadap etiologi depresi, khususnya pada remaja adalah:

#### a. faktor genetik

Penelitian genetik melibatkan transmisi depresi unipolar pada kerabat tingkat pertama, yang memiliki resiko dua kali lipat pada populasi umum (Videbeck, 2008). Meskipun penyebab depresi secara pasti tidak dapat ditemukan, faktor genetik mempunyai faktor terbesar. Gangguan alam perasaan cenderung terdapat dalam suatu keluarga tertentu. Bila suatu keluarga salah satu orang tuanya menderita depresi, maka anaknya beresiko dua kali lipat untuk mendapatkan depresi (Ibrahim, 2011).

Kembar monozigot yang dibesarkan secara terpisah, 76% akan mengalami gangguan afektif sedangkan bila kembar dizigot hanya 19%. Pricer dan Berytelsan (dalam Ibrahim, 2011) melaporkan hasil yang hampir sama. Bagaimana proses gen diwariskan, belum diketahui secara pasti. Kembar monozigot tidak 100% menunjukkan gangguan afektif, kemungkinan ada faktor non genetik yang turut berperan. Hal tersebut memperlihatkan bahwa faktor keturunan lebih penting daripada lingkungan tempat individu tersebut dibesarkan (Kelsoe, dalam Videbeck, 2008).

#### b. faktor sosial-lingkungan

Menurut Ibrahim (2011) dilaporkan bahwa dilaporkan bahwa orang tua dengan gangguan afektif, cenderung selalu menganiaya atau menelantarkan anaknya dan tidak mengetahui bahwa anaknya menderita depresi sehingga



tidak berusaha untuk mengobatinya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status perkawinan orang tua, jumlah anak, status sosial keluarga, perpisahan orang tua, perceraian, fungsi perkawinan, atau struktur keluarga banyak berperan dalam terjadinya gangguan depresi pada remaja.

Perilaku remaja sangat rentan terhadap pengaruh lingkungan. Remaja mempunyai keinginan kuat untuk mengadakan interaksi sosial dalam upaya mendapatkan kepercayaan dari lingkungan, sedangkan di lain pihak remaja mulai memikirkan kehidupan mandiri serta terlepas dari pengawasan orang tua dan sekolah. Perkembangan masa remaja yang tersulit adalah pada bagian penyesuaian diri terhadap lingkungan sosial. Remaja harus menyesuaikan diri dengan lawan jenis dalam hubungan interpersonal yang awalnya belum pernah ada, juga menyesuaikan diri dengan orang dewasa di luar lingkungan keluarga dan sekolah. Remaja perlu membuat banyak penyesuaian baru untuk mencapai hubungan pola sosialisasi dewasa. Remaja yang tidak mampu menyesuaikan diri inilah yang rentan terhadap depresi (Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I, 2010)

Ibu yang mengalami depresi lebih besar pengaruhnya terhadap kemungkinan gangguan psikopatologi remaja, dibandingkan ayah yang mengalami depresi. Diyakini bahwa faktor non genetik seperti fisik maupun lingkungan merupakan pencetus terjadinya depresi remaja (Ibrahim, 2011). Menurut Brooks-Gunn & Warren, 1989; (dalam Santrock, 2007a) menyatakan bahwa ada sebuah penelitian yang menunjukkan bahwa faktor

sosial menyumbang dua sampai empat kali lebih besar dibandingkan dengan faktor hormonal terhadap kemarahan dan depresi pada remaja putri.

c. faktor biologis (hormonal)

Dua hipotesis yang menonjol mengenai mekanisme gangguan alam perasaan terfokus pada terganggunya regulasi sistem monoamin-neurotransmitter termasuk norepinefrin dan serotonin. Hipotesis lain menyatakan bahwa depresi yang terjadi erat hubungannya dengan perubahan keseimbangan adrenergik asetilkolin yang ditandai dengan meningkatnya kolinergik, sementara dopamin secara fungsional menurun. Secara psikodinamik, depresi disadari sebagai suatu kehilangan obyek yang bermakna bagi individu. Kehilangan itu dapat merupakan suatu kejadian nyata, atau dapat pula hanya terjadi dalam imajinasi individu (Ibrahim, 2011). Menurut Rosenblum & Lewis, 2003; (dalam Santrock, 2007a) menyatakan bahwa perubahan mood pada remaja mungkin saja berhubungan dengan adanya adaptasi terhadap kadar hormon dalam tubuh, meskipun begitu kebanyakan peneliti menyimpulkan bahwa hormon hanya memiliki peranan kecil.

d. faktor budaya

Depresi dapat ditutupi oleh perilaku lain yang dianggap sesuai usia sehingga membuat gangguan depresi sulit diidentifikasi dan di diagnosis pada kelompok usia tertentu. Remaja yang depresi dapat terlibat dalam penyalahgunaan zat, bergabung dalam geng, berprestasi buruk, atau dikeluarkan dari sekolah. Banyak gangguan somatik (gangguan fisiologis)

menyertai depresi. Kondisi tersebut bervariasi dari budaya ke budaya dan lebih jelas terlihat pada budaya yang menyakini bahwa mengungkapkan emosi secara verbal tidak tepat. Misalnya, orang Asia yang merasa cemas atau depresi lebih mungkin mengalami keluhan somatik berupa sakit kepala atau nyeri punggung atau gejala fisik lain. Budaya Latin mengeluh sakit kepala, dan budaya Timur Tengah mengeluhkan masalah jantung (Videbeck, 2008).

### 2.2.7 Dampak Depresi

Menurut Videbeck (2008) individu yang depresi kekurangan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari, dengan sering mengabaikan higiene dan berhias secara teratur (seperti mandi atau merawat rambut). Penampilan individu yang depresi menggambarkan harga dirinya yang rendah dan kesadaran yang kurang terhadap harga diri.

Seseorang yang mengalami depresi ringan mencirikan suatu keadaan murung yang bekepanjangan atau keadaan berkabung, walaupun dalam bentuk ringan dapat menyebabkan daya tahan tubuh menurun, insomnia, tak nafsu makan, gangguan konsentrasi disertai dengan gangguan penampilan, serta semangat hidup yang dari hari ke hari semakin menurun. Apabila makin berat akan timbul rasa putus asa, dan timbul pemikiran ingin mati bahkan bunuh diri dan 15% individu yang mengalami depresi akan melakukan bunuh diri (Ibrahim, 2011). Menurut American Academy of Pediatrics (2000) dan Gadpaille (1996) menyatakan bahwa remaja dengan kecenderungan bunuh diri biasanya memiliki simptom depresi. Werth (2004) menegaskan bahwa meskipun tidak semua remaja

yang depresi melakukan percobaan bunuh diri, depresi tetap menjadi faktor yang dianggap sebagai pencetus bunuh diri pada remaja (Santrock, 2007a)

#### 2.2.8 Peran Perawat

Tanggung jawab perawat adalah memastikan keamanan klien dengan harga diri rendah, putus asa, dan tidak berdaya, yang sering memiliki pikiran bunuh diri sebagai metode membebaskan diri dari distress ini. Perawat harus menanyakan klien secara langsung tentang pikiran atau rencana bunuh diri (Videbeck, 2008).

Peran perawat dalam masalah depresi menurut Allender & Spradley (2005) adalah sebagai *advocate* (pembela) dengan menolong klien dengan depresi dan keluarga dalam memperoleh layanan yang terbaik yang mungkin dapat diterima dalam pelayanan kesehatan mental, sebagai *coordinator* (manager kasus) dengan menghubungkan klien dengan depresi kepada kebutuhan kesehatan dan pelayanan sosial yang sesuai, sebagai *health teacher* (pendidik) dengan menyediakan pendidikan kepada klien dengan depresi, keluarga dan kelompok dalam promosi kesehatan.

Menurut Anderson & McFarlane (2006) intervensi perawat dalam hal ini dianggap bersifat preventif, adapun intervensi yang bisa dilakukan perawat antara lain:

a. prevensi primer

Prevensi primer merupakan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menguatkan garis pertahanan sehingga stresor tidak dapat masuk dan menimbulkan reaksi atau mempengaruhi stresor dengan melakukan perlawanan terhadapnya. Salah satu pencegahan primer adalah pendidikan kesehatan tentang depresi.

b. prevensi sekunder

Prevensi sekunder diterapkan setelah stresor memasuki komunitas. Intervensi mendukung garis pertahanan dan resistensi untuk meminimalkan derajat reaksi terhadap stresor. Setiap program ditujukan pada penemuan kasus dini untuk menurunkan derajat reaksi (seperti skrining kejadian depresi).

c. prevensi tersier

Prevensi tersier dilakukan setelah stresor memasuki garis pertahanan dan muncul derajat reaksi. Terjadi ketidakseimbangan sistem, dan pencegahan tersier bertujuan mencegah ketidakseimbangan tambahan dan meningkatkan keseimbangan. Tujuan prevensi tersier adalah membatasi kecacatan dan merehabilitasi atau mengembalikan individu kepada kemampuan maksimal yang dimungkinkan seperti pemberian terapi untuk pemulihan depresi.

## 2.3 Konsep Desa-Kota

### 2.3.1 Desa (rural)

Penduduk desa merupakan kumpulan yang unik. Keperawatan kesehatan komunitas (Community Health Nursing/CHN) adalah kunci untuk memastikan tersalurnya pelayanan kesehatan yang layak untuk populasi ini. Desa didefinisikan sebagai komunitas dengan kurang dari 10.000 tempat tinggal dan kepadatan populasi tiap daerah kurang dari 1000 orang per meter persegi. *Health People* (2010) mengidentifikasi ada beberapa resiko yang dapat terjadi pada populasi ini, seperti kesehatan mental yang pelayanannya terbatas padahal kebutuhannya sangat besar. Akses untuk pelayanan kesehatan adalah masalah penting di komunitas desa. Jaminan kesehatan mahal dan penduduk desa memilih untuk mengabaikannya (Allender & Spradley, 2005).

Kecenderungan populasi memiliki hubungan langsung dengan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan di komunitas desa. Komunitas desa membutuhkan akses pelayanan pada keperawatan rumahan dan pelayanan rehabilitasi seperti rumah sakit, klinik dan program promosi kesehatan yang melayani seluruh komunitas. Pengalaman penduduk desa tentang gangguan mental sama seperti komunitas kota. Kesehatan mental membutuhkan pelayanan kesehatan dalam permasalahan yang sering ditemui seperti kekerasan rumah tangga (92%), penyalahgunaan obat (90%), pengkonsumsian alkohol (89%), penyakit mental kronis (82%) dan cemas depresi (71%) (Allender & Spradley, 2005).

Menurut Craft-Rosenberg, Powell & Culp, 2000; (dalam Allender & Spradley, 2005) menyatakan bahwa pada wanita kejadian gangguan mental meliputi halusinasi, gangguan panik, penyakit bipolar, dan gangguan obsesi-kompulsi. Pada wanita usia 13-31 tahun terdeteksi depresi dari sedang hingga berat, dan tidak ada data yang dilaporkan tentang treatment untuk kondisi tersebut.

### 2.3.2 Kota (urban)

Permasalahan kesehatan yang terjadi di kota telah terjadi selama beratus-ratus tahun yang lalu hingga hari ini. Daerah kota sering ditemui kejadian seperti kriminalitas, kekerasan fisik, kecelakaan, pengangguran dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan suatu penyakit, rintangan dan ketidakmampuan yang diyakini sebagai suatu kesakitan. Pada Daerah kota yang ditinggali oleh penduduk menengah ke bawah (miskin) biasanya terjadi peningkatan resiko terhadap depresi (Allender & Spradley, 2005).

Remaja di perkotaan memiliki gaya hidup yang dipengaruhi perilaku dan kebiasaan yang meliputi kekerasan dan penelantaran pada wanita dan anak-anak, serta tingginya frekuensi alkoholisme (Allender & Spradley, 2005). Selain gejala umum depresi seperti keputusasaan dan kesedihan, tanda depresi pada remaja dapat meliputi kegagalan di sekolah, kebiasaan yang destruktif, gangguan makan, penyalahgunaan obat dan alkohol, dan kecelakaan berulang (Worley, 1997).

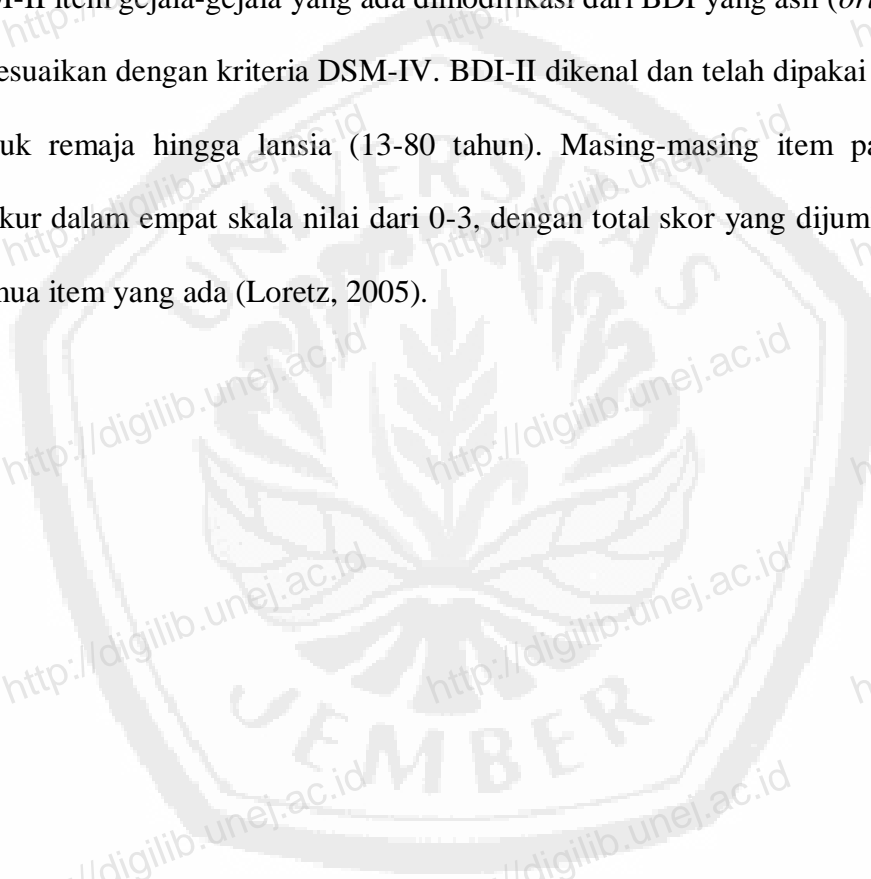
## 2.4 Skala Penilaian Depresi

Beberapa skala penilaian untuk depresi dilengkapi oleh klien, skala lain dilakukan oleh profesional kesehatan jiwa. Instrumen pengkajian yang diisi meliputi evaluasi terhadap perilaku klien, proses pikir, riwayat keluarga, dan faktor situasional, membantu menciptakan gambaran suatu diagnostik. Skala penilaian diri digunakan untuk temuan-kasus dalam masyarakat umum, tetapi bukan merupakan instrumen diagnostik yang dijadikan acuan. Skala penilaian diri terhadap gejala depresif meliputi *Zung Self-Rating Depression Scale*, *Beck Depression Inventory* (BDI), *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) dan PRIME-MD (Videbeck, 2008).

*Zung Self-Rating Depression Scale* merupakan alat pendeteksi depresi yang terdiri dari 20 pertanyaan yang menjelaskan perasaan klien selama satu minggu terakhir. Setiap pertanyaan dinilai dengan skala 1-4 dan mengandung pernyataan kalimat positif yang dinilai secara terbalik (tidak pernah, kadang, cukup sering, selalu). Nilai total diperoleh dengan menunjukkan nilai-nilai untuk setiap pertanyaan, semakin depresi semakin tinggi nilai yang diperoleh, biasanya memiliki nilai lebih dari 60. *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) merupakan skala depresi yang dinilai oleh klinisi dan digunakan seperti wawancara klinis. Klinisi menilai rentang perilaku klien, seperti *mood* terdepresi, rasa bersalah, bunuh diri dan insomnia, ada juga bagian untuk menilai variasi diurnal, depersonalisasi (perasaan tidak nyata tentang diri sendiri), gejala paranoid, dan obsesi (Videbeck, 2008)

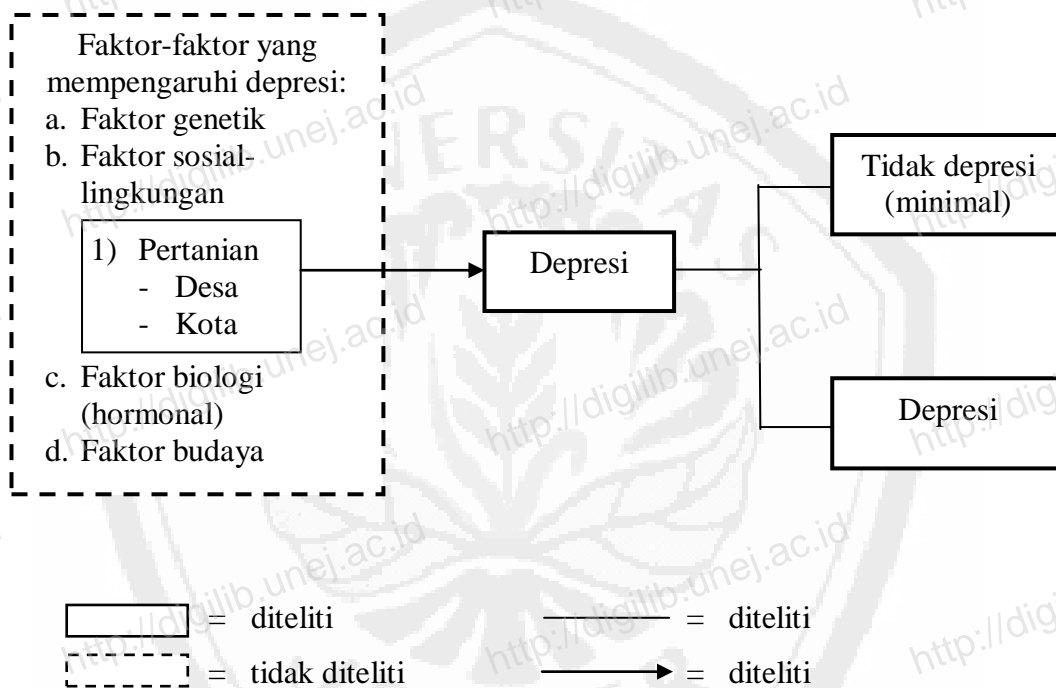


*Beck Depression Inventories II* (BDI-II) terdiri dari 21 item untuk menilai intensitas depresi. Masing-masing daftar pertanyaan bukan merupakan skrining untuk diagnosa, tetapi untuk mengukur tingkat depresi dan dapat dipergunakan untuk memonitor kemajuan suatu terapi. Masing-masing item terdiri dari empat pernyataan yang tersusun secara bertingkat tentang gejala khusus depresi. Pada BDI-II item gejala-gejala yang ada dimodifikasi dari BDI yang asli (*original* BDI) disesuaikan dengan kriteria DSM-IV. BDI-II dikenal dan telah dipakai secara luas untuk remaja hingga lansia (13-80 tahun). Masing-masing item pada BDI-II diukur dalam empat skala nilai dari 0-3, dengan total skor yang dijumlahkan dari semua item yang ada (Loretz, 2005).



## BAB 3. KERANGKA KONSEP

### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

### 3.2 Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmojo, 2005). Adapun hipotesis dalam penelitian ini yaitu ada perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember.

## **BAB 4. METODE PENELITIAN**

### **4.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* merupakan penelitian seksional silang pada obyek penelitian yang diukur dan dikumpulkan secara simultan, sesaat atau satu kali saja dalam satu kali waktu (dalam waktu yang bersamaan), dan pada studi ini tidak ada *follow up* (Setiadi, 2007).

### **4.2 Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **4.2.1 Populasi**

Populasi merupakan seluruh subyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2008). Populasi penelitian ini adalah siswi yang berada dilingkungan SMA negeri desa dan kota pada daerah agraris di Kabupaten Jember. Jumlah populasi di SMA Negeri X adalah 287 siswi, sedangkan jumlah populasi di SMA Negeri Y adalah 217 siswi.

#### 4.2.2 Sampel

Sampel merupakan sub dari seperangkat elemen yang dipilih untuk dipelajari (Sarwono, 2006). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu *simple random sampling*. *Simple random sampling* merupakan pengambilan sampel secara acak (*random*), dapat dilaksanakan apabila populasi tidak begitu banyak variasinya dan secara geografis tidak terlalu menyebar, disamping itu harus ada daftar populasi (*sampling frame*). Cara yang bisa dilakukan adalah dengan melakukan undian, memakai tabel bilangan random, atau memakai paket komputer (Hastono & Sabri).

Sampel yang representatif adalah sampel yang dapat mewakili populasi dan sangat tergantung pada beberapa hal seperti biaya, waktu, serta tenaga, variasi, presisi dan rencana analisis (Hastono & Sabri). Jumlah sampel yang dipakai pada penelitian ini menggunakan rumus *simple random sampling* (Sastroasmoro & Ismael, 2008) yaitu:

$$n_1 = \frac{Z\alpha^2 P Q}{d^2}$$

$$= \frac{(1,96)^2 0,061 \cdot 0,939}{(0,1)^2}$$

$$n_1 = 22,004$$

$$= 22$$

dimana:  $n_1$  = besar sampel (desa)

$Z\alpha$  = deviat baku (tingkat kepercayaan 95%) = 1,96

$P$  = proporsi penyakit = 6,1% = 0,061 (Probst *et al*, 2006)

$$Q = 1-P = 1-0,061 = 0,939$$

d = tingkat ketepatan absolut (tingkat kepercayaan 95%)

$$n_2 = \frac{Z\alpha^2 P Q}{d^2}$$

$$= \frac{(1,96)^2 0,052 \cdot 0,948}{(0,1)^2}$$

$$n_2 = 18,937$$

$$= 19$$

dimana:  $n_2$  = besar sampel (kota)

$Z\alpha$  = deviat baku (tingkat kepercayaan 95%) = 1,96

P = proporsi penyakit = 5,2% = 0,052 (Probst *et al*, 2006)

Q = 1-P = 1-0,061 = 0,948

d = tingkat ketepatan absolut (tingkat kepercayaan 95%)

Pada penelitian ini peneliti menambahkan sampel sebanyak 10% pada kedua kelompok untuk menghindari *drop out* sehingga didapatkan jumlah sampel 25 orang dari SMA Negeri X dan 21 orang dari SMA Negeri Y Jember.

#### 4.2.3 Kriteria Sampel

Ada dua kriteria sampel yang perlu dibuat dalam penelitian yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti, sedangkan kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subyek yang tidak

memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab (Nursalam dan Pariani, 2001 dalam Setiadi, 2007).

Adapun kriteria inklusi dari penelitian ini sebagai berikut:

- a. siswi berumur 17-19 tahun (remaja akhir);
- b. orang tua bermata pencaharian sebagai petani;
- c. siswi dengan keadaan fisik baik;
- d. bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini sebagai berikut:

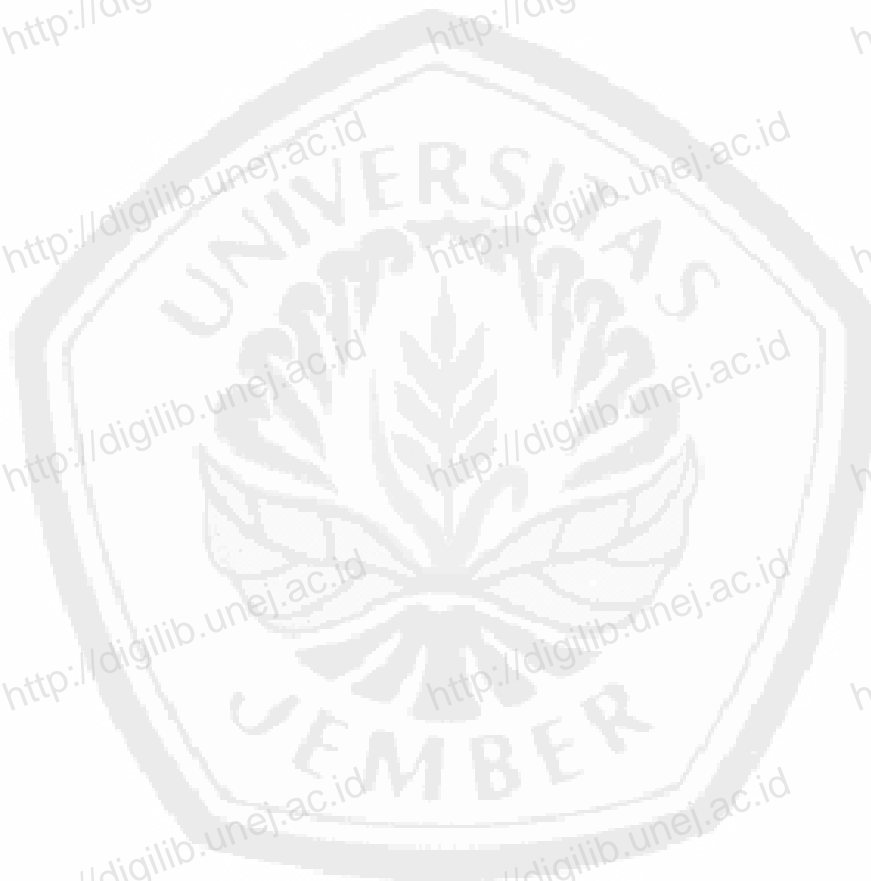
- a. siswi dalam keadaan menstruasi;
- b. siswi tidak berada ditempat saat pengambilan data;
- c. siswi yang memenuhi kriteria inklusi, tetapi tidak bersedia menjadi responden.

#### **4.3 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di SMA Negeri X dan SMA Negeri Y di Kabupaten Jember. SMA Negeri X merupakan SMA Negeri berstandar nasional (SSN) yang terletak di daerah pertanian desa terluas (ketiga) di Kabupaten Jember, sedangkan SMA Negeri Y merupakan SMA Negeri berstandar nasional (SSN) yang terletak di daerah pertanian kota terluas (pertama) di Kabupaten Jember.

#### 4.4 Waktu Penelitian

Waktu yang diperlukan dalam penyusunan proposal ini adalah bulan September 2011 - Maret 2012, sedangkan waktu yang diperlukan untuk pengambilan data penelitian sampai dengan penyelesaian skripsi adalah Maret - Juni 2012.



#### 4.5 Definisi Operasional

Variabel yang diteliti pada penelitian ini dapat dilihat di tabel 4.1.

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
1.	Variabel terikat: Depresi remaja	Rentang nilai perilaku remaja yang menggambarkan emosi, perubahan sikap, dan gejala somatik.	a. kesedihan; b. pesimistik; c. perasaan gagal; d. ketidakpuasan; e. rasa bersalah; f. harapan akan hukuman; g. membenci diri sendiri; h. menuduh diri sendiri; i. keinginan bunuh diri; j. menangis; k. iritabilitas; l. penarikan diri dari masyarakat; m. tidak dapat mengambil keputusan; n. perubahan bentuk tubuh; o. masalah bekerja; p. insomnia; q. kelelahan; r. anoreksia; s. kehilangan berat badan; t. preokupasi somatik, dan u. penurunan libido	Lembar <i>Beck</i> <i>Depression Inventories</i> <i>II (BDI-II)</i>	Ordinal	a. Tidak depresi = 0-13 b. Depresi = 14-63
2.	Variabel bebas: Siswi di desa dan kota pada daerah agraris	Siswi desa merupakan remaja putri setingkat SMA yang berada di daerah pertanian terluas di kecamatan desa	-	-	Nominal	a. Desa = 0 b. Kota = 1
		Siswi kota merupakan remaja putri setingkat SMA yang berada di daerah pertanian terluas				



---

		di kecamatan kota			
3.	Karakteristik Responden: Umur	Satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan seseorang yang dihitung sejak ia dilahirkan	-	-	Numerik

---

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

#### a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan melalui pihak pertama, biasanya melalui angket, wawancara, jejak pendapat, dan lain-lain (Nazir, 2003). Data primer dalam penelitian ini adalah depresi yang terjadi pada remaja.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang didapatkan secara tidak langsung melalui Dinas Pertanian Kabupaten Jember (data luas pertanian di Kabupaten Jember per kecamatan), Dinas Pendidikan Kabupaten Jember (data SMA se-kabupaten Jember tahun 2011), dan Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember (data kependudukan dan data sosial ekonomi).

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui teknik pengisian kuesioner terhadap kejadian depresi pada remaja putri baik di desa maupun di kota. Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data dengan

lembar *Beck Depression Inventories II* (BDI-II). Lembar kuesioner digunakan oleh peneliti kepada seluruh responden baik yang berada di desa maupun di kota, yaitu mengevaluasi 21 gejala depresi, 15 diantaranya menggambarkan emosi, dan perubahan sikap, serta 6 gejala somatik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka antara 0-3, yang artinya adalah:

Nilai 0 = tidak ada gejala	2 = gejala sedang
1 = gejala ringan	3 = gejala berat

Lembar *Beck Depression Inventories II* (BDI-II) digunakan oleh peneliti kepada responden baik yang tinggal di desa maupun di kota, yaitu dengan melakukan pengisian kuesioner terhadap 21 item gejala depresi. Pengisian kuesioner oleh responden dilakukan 1 kali. Data yang telah terkumpul dari semua responden, dibaca berdasarkan lembar penilaian *Beck Depression Inventories II* (BDI-II).

#### 4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik pengisian kuesioner. Teknik pengisian kuesioner yang dilakukan untuk mengukur tingkat depresi dengan menggunakan lembar *Beck Depression Inventories II* (BDI-II) yang sudah terstandarisasi dengan menilai 21 item gejala depresi. *Beck Depression Inventories II* (BDI-II) mengevaluasi 21 gejala depresi, 15 diantaranya menggambarkan emosi dan perubahan sikap, serta 6 gejala somatik. 21 item tersebut menggambarkan kesedihan, pesimistik, perasaan gagal, ketidakpuasan, rasa bersalah, harapan akan hukuman, membenci

diri sendiri, menuduh diri sendiri, keinginan bunuh diri, menangis, iritabilitas, penarikan diri dari masyarakat, tidak dapat mengambil keputusan, perubahan bentuk tubuh, masalah bekerja, insomnia, kelelahan, anoreksia, kehilangan berat badan, preokupasi somatik dan penurunan libido. Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya memberi total nilai dari 0-63, nilai yang lebih tinggi mewakili tingkat depresi yang lebih berat. (Arnau *et al*, 2001). Nilai 0-13 menunjukkan tidak depresi (minimal) dan nilai 14-63 menunjukkan depresi (Loretz, 2005).

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Reabilitas

##### a. Validitas

Suatu skala pengukuran dikatakan valid apabila skala tersebut digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Misalnya, skala nominal yang bersifat non parametrik, digunakan untuk mengukur variabel nominal bukan untuk mengukur variabel interval yang bersifat parametrik (Sarwono, 2006). Instrumen yang digunakan oleh peneliti adalah lembar *Beck Depression Inventories II* (BDI-II) yang sudah terstandar sebelumnya sehingga tidak memerlukan uji validitas. Loretz (2005) menyatakan bahwa *sensitivity* dan *specificity* baik hingga sempurna, dan BDI-II berbanding baik dengan alat ukur depresi yang lain seperti *Hamilton Scale*, *Zung Scale*, dan *Geriatric Depression Scale*.

Hasil uji validitas isi pada BDI II (*Beck Depression Inventories-II*), oleh Beck et al (1996) menunjukkan bahwa alat ukur ini berbanding baik dengan versi sebelumnya dengan nilai 0.93 (Mc Dowell, 2006).

#### b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjuk pada adanya konsistensi dan stabilitas nilai hasil skala pengukuran tertentu. Reliabilitas berkonsentrasi pada masalah akurasi pengukuran dan hasilnya (Sarwono, 2006). Ungkapan yang mengatakan bahwa instrumen harus reliabel sebenarnya mengandung arti bahwa instrumen tersebut cukup baik sehingga mampu mengungkap data yang bisa dipercaya (Arikunto, 2006). Instrumen yang digunakan oleh peneliti yaitu lembar *Beck Depression Inventories II* (BDI-II), sehingga tidak memerlukan uji reliabilitas karena instrumen tersebut sudah terstandar sebelumnya. Loretz (2005) menyatakan bahwa reabilitas BDI-II tinggi, meliputi *internal consistency* dan *test retest reliability*.

Uji reabilitas BDI II (*Beck Depression Inventories-II*), oleh Beck et al (1996) pada mahasiswa menunjukkan koefisien reliabilitas (*alpha chronbach*) sebesar 0.93 (Mc Dowell, 2006).

### 4.7 Pengolahan Data

#### 4.7.1 Editing

*Editing* merupakan pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah diperoleh dari responden (Setiadi, 2007). Pada lembar *Beck Depression Inventories II* (BDI-II) dicek apakah jawaban dalam lembar tersebut sudah lengkap, jelas, relevan, dan

konsisten. Pada penelitian ini tidak ada responden yang dikeluarkan (*drop out*), karena jawaban yang diberikan responden pada lembar penilaian terisi secara lengkap.

#### 4.7.2 Coding

*Coding* merupakan pemberian tanda atau mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori tertentu (Setiadi, 2007). Kegiatan mengubah data huruf menjadi data angka sehingga mudah dalam menganalisis.

Pemberian *coding* pada penelitian ini meliputi:

a. *Beck Depression Inventories II* (BDI-II)

- 1) Tidak depresi = 0
- 2) Depresi = 1

b. Daerah agraris

- 1) Desa = 0
- 2) Kota = 1

#### 4.7.3 Entry

Proses memasukkan data ke dalam tabel dilakukan dengan program yang ada di komputer (Setiadi, 2007). Memasukkan data dari kuesioner ke dalam program yang terdapat di komputer yaitu SPSS 14.

#### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* merupakan teknik pembersihan data, data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan terhapus (Setiadi, 2007). Kegiatan pengecekan ulang yang sudah di *entry* apakah terdapat kesalahan atau tidak.

#### 4.8 Analisis Data

Data yang dihasilkan dalam penelitian ini mempunyai skala ordinal dan skala nominal yang merupakan data ketegorik, maka analisis data yang digunakan peneliti adalah uji statistik *Chi-Square* dengan  $\alpha = 0,05$ . Uji *Chi-Square* biasanya digunakan bila data yang dianalisa tidak diasumsikan menggambarkan suatu distribusi normal dan data diukur pada suatu tingkat nominal maupun tingkat ordinal (Brockopp & Hasting-Toisma, 2000). Hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak jika nilai  $p < \alpha$  (0,05) dan  $H_0$  gagal ditolak jika nilai  $p > \alpha$  (0,05) dengan tingkat kepercayaan 95%.

Analisis data yang telah dilakukan dengan menggunakan uji *Chi-Square* didapatkan nilai  $p$  ( $p$  value) = 0,021, maka dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak, karena nilai  $p$  lebih kecil dari nilai  $\alpha$  (0,05). Dari hasil analisis juga diketahui bahwa tidak terdapat *cell* (0%) yang memiliki nilai ekspektasi kurang dari 5, sehingga hasil yang didapatkan akurat. Sesuai dengan pernyataan Hastono (2007) bahwa uji *Chi-Square* menuntut ekspektasi dalam masing-masing sel tidak boleh terlalu kecil, sehingga apabila terjadi ekspektasi yang kurang maka peneliti harus menggabungkan kategori-kategori yang berdekatan dalam rangka memperbesar

frekuensi harapan dari sel-sel tersebut. Penggabungan ini diharapkan tidak sampai membuat datanya kehilangan makna.

#### 4.9 Etika Penelitian

Penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa kesehatan dilakukan untuk menyegarkan pengetahuan yang ada dan mengembangkan pengetahuan yang baru.

Penelitian klinis sering kali ditujukan pada usaha mencoba prosedur baru dimana hasilnya tidak diketahui atau diragukan. Peneliti bertanggungjawab untuk membentuk penyelidikan untuk menghindari atau meminimalkan bahaya pada subyek (Potter & Perry, 2005). Menurut Hidayat (2008) menyatakan bahwa masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan dengan manusia, maka kode etik penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut.

##### 4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani. Jika responden tidak

bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden. Sebelum siswi menjadi responden pada penelitian ini, dilakukan pemberian informasi terkait dengan penelitian oleh peneliti. Kemudian setelah siswi bersedia menjadi responden siswi menandatangani lembar *informed consent* penelitian. Tindakan yang dilakukan oleh peneliti adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*). Pada penelitian ini semua responden bersedia menandatangani lembar persetujuan.

#### 4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentially*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset tertentu. Saat penelitian dilaksanakan, peneliti menjaga kerahasiaan responden dengan tidak mencantumkan nama responden serta menyimpan lembar observasi responden pada tempat yang aman sehingga kerahasiaan akan tetap terjaga.

#### 4.9.3 Tanpa Nama (*Anonimity*)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.



Saat pengisian lembar kuesioner responden mencantumkan tanda tangan pada lembar kuesioner sebagai responden, untuk mengetahui keikutsertaan responden peneliti memberikan atau mencantumkan kode pada lembar kuesioner.



## BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini mengenai perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri yang berada di desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember, dengan jumlah responden sebanyak 46 orang. Penelitian ini dilakukan selama dua hari pada masing-masing daerah yaitu tanggal 6-7 April 2012 pada SMA Negeri X dan tanggal 10-11 April pada SMA Negeri Y. Pengambilan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan pembagian kuesioner untuk mengetahui depresi pada siswi yang memenuhi kriteria penelitian.

Proses penelitian diawali dengan pengambilan data sekunder di Dinas Pertanian Kabupaten Jember, didapatkan hasil daerah pertanian terluas di Kabupaten Jember adalah untuk wilayah desa di Kecamatan Gumukmas (4650 Ha), Kecamatan Bangsalsari (4486 Ha), serta Kecamatan Umbulsari (4335 Ha) dan untuk wilayah kota di Kecamatan Patrang dengan 1558 Ha pada tahun 2012. Pengambilan data sekunder dilanjutkan di Dinas Pendidikan untuk mengetahui daftar SMA Negeri yang ada di wilayah tersebut beserta jumlah, didapatkan di wilayah desa terdapat SMA Negeri X dengan jumlah 287 orang yang letaknya di Kecamatan Umbulsari, karena di Kecamatan Gumukmas dan Kecamatan Bangsalsari tidak terdapat SMA Negeri, sedangkan di wilayah kota terdapat SMA Negeri Y dengan jumlah siswinya 217 orang. Peneliti mendapatkan jumlah sampel penelitian dengan menggunakan rumus *simple random sampling* yaitu sebanyak 22 siswi yang tinggal didesa dan 19 siswi yang tinggal di kota yang

memenuhi kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti dan ditambah 10% untuk menghindari *drop out* pada kedua kelompok, sehingga didapatkan dua kelompok yaitu 25 siswi yang berada di desa dan 21 siswi yang berada di kota.

Pengambilan data primer dilakukan dengan pemberian kuesioner *Beck Depression Inventories II* (BDI-II) pada responden. Pelaksanaan penelitian didahului oleh pengenalan dan pemberian informasi mengenai maksud dan tujuan penelitian dan selanjutnya peneliti memberikan lembar *informed consent* tersebut. Responden yang bersedia menjadi obyek penelitian menandatangani lembar *informed consent* yang telah diberikan. Peneliti selanjutnya menjelaskan tentang cara pengisian kuesioner.

Kuesioner yang telah diisi, selanjutnya dilakukan pengolahan data meliputi *editing, coding, entry, dan cleaning*. Proses *editing* dengan melihat kembali isi kuesioner dan kelengkapan jawaban kuesioner dari responden. Langkah selanjutnya masing-masing kuesioner dijumlahkan sesuai *coding* dan *skoring* yang telah ditetapkan sebelumnya oleh peneliti. Proses *entry* dengan memasukkan data jawaban masing-masing kuesioner ke program komputer yaitu SPSS. *Cleaning* dilakukan dengan pembersihan data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan dan pengecekan ulang terhadap data yang sudah di *entry* terdapat kesalahan atau tidak.

Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Chi-Square*. Tujuan dari digunakannya uji *Chi-Square* adalah untuk menguji perbedaan proporsi atau persentase antara beberapa kelompok data dengan dua variabel kategorik. Penelitian ini menggunakan uji tersebut, untuk menguji perbedaan

depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember. Taraf signifikan yang digunakan dalam penelitian ini adalah 0,05 dengan keputusan  $H_0$  gagal ditolak bila nilai  $p > \alpha$ , yang artinya tidak ada perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember, sedangkan untuk keputusan  $H_0$  ditolak bila nilai  $p < \alpha$ , yang artinya terdapat perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember.

## **5.1 Hasil**

### **5.1.1 Data Umum**

Data umum menggambarkan karakteristik responden penelitian siswi di SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember. Karakteristik responden yang digunakan hanya satu item yaitu umur, umur yang termasuk dalam penelitian ini adalah 17 hingga 19 tahun. Penelitian telah dilakukan pada bulan April 2012 pada siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember, maka karakteristik responden dapat diketahui pada tabel berikut ini.

Tabel 5.1 Karakteristik Responden berdasarkan Umur pada siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012

Variabel	Mean	Modus	Median	SD	95% CI
Umur	17,57	17	17,00	0,655	16,915-18,225

Sumber: Data Primer (2012)

Tabel 5.1 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan umur responden, rata-rata umur seluruh responden adalah 17,57 tahun, dengan umur tengah 17 tahun dan umur yang paling banyak adalah 17 tahun dengan standar deviasi 0,655 tahun. Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada penelitian ini responden rata-rata berumur adalah 17 tahun.

### 5.1.2 Analisis Univariat

Data tentang distribusi depresi remaja siswi di SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember didapatkan dengan cara peneliti meminta responden mengisi kuesioner *Beck Depression Inventories II* (BDI-II) lalu peneliti menganalisis berdasarkan daerah tempat tinggal responden. Hasil penelitian tentang distribusi depresi remaja pada siswi SMA Negeri desa dan kota dapat dilihat pada uraian berikut.

a. Depresi Desa

Hasil penelitian tentang distribusi depresi remaja siswi SMA Negeri desa dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.2 Distribusi Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri X Desa Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012

Variabel	Jumlah (orang)	Persentase (%)
a. Depresi	19	76,0
b. Tidak depresi	6	24,0
Total	25	100

Sumber: Data Primer (2012)

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi kejadian depresi pada siswi SMA Negeri yang berada di desa pada daerah agraris di Kabupaten Jember, terdapat 19 orang (76%) yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi sebanyak 6 orang (24%). Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar remaja pedesaan mengalami depresi.

b. Depresi Kota

Hasil penelitian tentang distribusi depresi remaja siswi SMA Negeri kota dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.3 Distribusi Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Y Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012

Variabel	Jumlah (orang)	Persentase (%)
a. Depresi	8	38,1
b. Tidak Depresi	13	61,9
Total	21	100

Sumber: Data Primer (2012)

Tabel 5.3 menunjukkan distribusi kejadian depresi pada siswi SMA Negeri yang berada di kota pada daerah agraris di Kabupaten Jember, terdapat 8 orang (38,1%) yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi sebanyak 13 orang (61,9%). Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar remaja perkotaan tidak mengalami depresi.

### 5.1.3 Karakteristik Gejala Depresi yang Sering Muncul pada Remaja Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember

Data tentang gejala depresi yang sering muncul pada siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember didapatkan dengan cara peneliti meminta responden mengisi kuesioner *Beck Depression Inventories II* (BDI-II) lalu peneliti menganalisis berdasarkan gejala yang dipunyai responden. Hasil penelitian tentang gejala depresi yang sering muncul pada remaja desa dan kota dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut.

Tabel 5.4 Karakteristik Gejala Depresi yang Sering Muncul pada Remaja Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember

Item	Gejala	Desa		Kota	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1.	<i>sadness</i>	18	72%	11	52,38%
2.	<i>pessimism</i>	19	76%	15	71,43%
3.	<i>past failure</i>	9	36%	7	33,33%
4.	<i>lost of pleasure</i>	11	44%	6	28,57%
5.	<i>guilty feelings</i>	22	88%	15	71,43%
6.	<i>punishment feelings</i>	11	44%	7	33,33%
7.	<i>self-dislike</i>	9	33%	2	9,52%
8.	<i>self-criticalness</i>	21	84%	19	90,48%
9.	<i>suicidal thoughts or wishes</i>	7	28%	4	19,05%
10.	<i>crying</i>	18	72%	11	52,38%
11.	<i>agitation</i>	15	60%	10	52,38%

12.	<i>lost of interest</i>	3	12%	1	4,76%
13.	<i>indecisiveness</i>	17	68%	10	47,62%
14.	<i>worthlessness</i>	10	40%	6	28,57%
15.	<i>loss of energy</i>	13	52%	4	19,05%
16.	<i>changes in sleeping pattern</i>	18	72%	12	57,14%
17.	<i>irritability</i>	15	60%	8	38,1%
18.	<i>changes in appetite</i>	11	44%	9	42,86%
19.	<i>concentration difficulty</i>	15	60%	11	52,38%
20.	<i>tiredness or fatigue</i>	19	76%	12	57,14%
21.	<i>lost of interest in sex</i>	16	64%	6	28,57%

Sumber: Data Primer (2012)

Tabel 5.4 menunjukkan karakteristik gejala depresi yang sering muncul pada remaja desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember, pada item pertanyaan pertama tentang gejala kesedihan (*sadness*) terdapat 18 remaja desa (72%) dan 11 remaja kota (52,38%) yang menyatakan merasa sedih dengan skala yang berbeda-beda, pada item kedua tentang pandang masa depan (*pessimism*) terdapat 19 remaja desa (76%) dan 15 remaja kota (71,43%) yang menyatakan khawatir atau pesimis dengan masa depannya, pada item ketiga tentang kegagalan masa lalu (*past failure*) terdapat 9 remaja desa (36%) dan 7 remaja kota (33,33%) yang menyatakan bahwa merasa gagal dalam kehidupannya, pada item ke empat tentang kepuasan atau kehilangan kesenangan (*lost of pleasure*) terdapat 11 remaja desa (44%) dan 6 remaja kota (28,57%) yang menyatakan tidak merasa puas akhir-akhir ini, pada item kelima tentang perasaan bersalah (*guilty feelings*) terdapat 22 remaja desa (88%) dan 15 remaja kota (71,43%) yang menyatakan sering merasa bersalah, pada item keenam tentang hukuman yang dirasakan (*punishment feelings*) terdapat 11 remaja desa (44%) dan 7 remaja kota (33,33%) yang menyatakan merasa sedang mendapat hukuman, pada item ketujuh tentang



kekecewaan pada diri sendiri (*self-dislike*) terdapat 9 remaja desa (36%) dan 2 remaja kota (9,52%) yang menyatakan merasa kecewa terhadap diri sendiri.

Item kedelapan yang menguraikan tentang penilaian terhadap diri (*self-criticalness*) terdapat 21 remaja desa (84%) dan 19 remaja kota (90,47%) yang menyatakan merasa lebih kritis terhadap diri sendiri hingga menyalahkan diri terhadap semua hal buruk yang terjadi pada diri sendiri, pada item kesembilan tentang ide bunuh diri (*suicidal thoughts or wishes*) terdapat 7 remaja desa (28%) dan 4 remaja kota (19,05%) yang menyatakan mempunyai ide atau pikiran bunuh diri, pada item kesepuluh tentang keinginan menangis (*crying*) terdapat 18 remaja desa (72%) dan 11 remaja kota (52,38%) yang menyatakan lebih sering menangis daripada biasanya, pada item kesebelas tentang sensitivitas atau mudah tersinggung (*agitation*) terdapat 15 remaja desa (60%) dan 10 remaja kota (47,62%) yang menyatakan lebih mudah tersinggung, tegang ataupun jengkel, pada item kedua belas tentang pandangan terhadap orang lain (*lost of interest*) terdapat 3 remaja desa (12%) dan 1 remaja kota (4,76%) yang menyatakan merasa kehilangan minat terhadap orang lain ataupun segala sesuatu, pada item ketiga belas tentang pengambilan keputusan (*indecisiveness*) terdapat 17 remaja desa (68%) dan 10 remaja kota (47,62%) yang menyatakan merasa kesulitan dalam pengambilan keputusan, pada item keempat belas tentang penilaian terhadap diri (*worthlessness*) terdapat 10 remaja desa (40%) dan 6 remaja kota (28,57%) yang menyatakan merasa tidak berharga.

Item kelima belas yang menguraikan tentang perasaan sering kehilangan tenaga (*loss of energy*) terdapat 13 remaja desa (52%) dan 4 remaja kota (19,05%) yang menyatakan merasa sering kehilangan tenaga akhir-akhir ini, pada item keenam belas tentang pola tidur (*changes in sleeping pattern*) terdapat 18 remaja desa (72%) dan 12 remaja kota (57,14%) menyatakan mengalami perubahan pola tidur, pada item ketujuh belas tentang perasaan mudah marah (*irritability*) terdapat 15 remaja desa (60%) dan 8 remaja kota (38,1%) yang menyatakan merasa lebih mudah marah daripada biasanya, pada item kedelapan belas tentang perubahan nafsu makan (*changes in appetite*) terdapat 11 remaja desa (44%) dan 9 remaja kota (42,85%) yang menyatakan merasakan perubahan nafsu makan dari pada biasanya, pada item kesembilan belas tentang kesulitan berkonsentrasi (*concentration difficulty*) terdapat 15 remaja desa (60%) dan 11 remaja kota (52,38%) yang menyatakan merasa sulit berkonsentrasi daripada sebelumnya, pada item kedua puluh tentang perasaan mudah lelah (*tiredness or fatigue*) terdapat 19 remaja desa (76%) dan 12 remaja kota (57,14%) yang menyatakan merasa lebih mudah lelah daripada biasanya, dan item kedua puluh satu tentang pandangan terhadap seks (*lost of interest in sex*) terdapat 16 remaja desa (64%) dan 6 remaja kota (28,57%) yang menyatakan perubahan pandangan terhadap seks, sehingga dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat 7 gejala yang sering muncul pada remaja desa dan kota di Kabupaten Jember adalah kesedihan, pesimistis, sering merasa bersalah, merasa lebih kritis terhadap diri sendiri, sering menangis, mudah tersinggung, perubahan pola tidur, dan merasa lebih mudah lelah dengan jumlah yang berbeda-beda.

#### 5.1.4 Analisis Bivariat

Data tentang perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember didapatkan dengan cara peneliti meminta responden mengisi kuesioner *Beck Depression Inventories II* (BDI-II) lalu peneliti menganalisis perbedaan depresi pada kedua daerah tempat tinggal responden penelitian. Hasil penelitian tentang perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.5 Perbedaan Depresi Remaja Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember

Daerah	Variabel				Total		OR (95% CI)	P
	Depresi		Tidak Depresi					
	N	%	N	%	N	%		
a. Desa	19	70,4	8	31,6	27	100	0,194	0,021
b. Kota	6	31,6	13	68,4	19	100		
Total	25	54,3	21	45,7	46	100		

Sumber: Data Primer (2012)

Hasil analisis perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember diketahui bahwa proporsi responden yang berada di desa yang mengalami depresi lebih banyak yaitu 19 orang (70,4%), sedangkan 6 orang (31,6%) yang tidak mengalami depresi dan responden yang berada di kota, sebanyak 8 orang (31,6%) mengalami depresi, dan responden yang tidak mengalami depresi sebanyak 13 orang (68,4%). Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar remaja pedesaan mengalami depresi dan sebagian besar remaja perkotaan tidak mengalami depresi.

Analisis lebih lanjut diketahui bahwa berdasarkan hasil perhitungan uji statistik dengan menggunakan uji kai kuadrat (*Chi-Square*) didapatkan nilai  $p$  ( $p$  value) = 0,021 yang berarti  $p < \alpha$  dengan  $\alpha = 0,05$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember. Nilai *Odd Ratio* (OR) sebesar 0,194 artinya remaja pedesaan mempunyai peluang 0,194 kali untuk mengalami depresi dibanding remaja perkotaan.

## 5.2 Pembahasan

Pembahasan penelitian menjelaskan mengenai karakteristik umur siswi SMA Negeri desa dan kota, depresi remaja pada siswi SMA Negeri desa, depresi remaja pada siswi SMA Negeri kota dan perbedaan depresi remaja pada siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012.

### 5.2.1 Karakteristik Umur Siswi SMA Negeri Desa dan Kota pada Daerah Agraris Kabupaten Jember

Karakteristik responden berdasarkan umur responden, dapat dilihat pada tabel 5.1 yang menunjukkan karakteristik responden berdasarkan umur responden, rata-rata umur seluruh responden adalah 17,57 tahun, dengan umur tengah 17 tahun dan umur yang paling banyak adalah 17 tahun dengan standar deviasi 0,655

tahun. Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada penelitian ini responden rata-rata berumur adalah 17 tahun.

Tugas perkembangan pada remaja akhir (17-19 tahun) menurut Havigrust (dalam Dariyo, 2004) yang terdiri atas menyesuaikan diri dengan perubahan fisiologis-fisiologis, belajar bersosialisasi sebagai laki-laki maupun wanita, memperoleh kebebasan secara emosional dari orang tua dan orang dewasa lain, remaja bertugas untuk menjadi warga negara yang bertanggung jawab, serta memperoleh kemandirian dan kepastian secara ekonomis, yang tujuan utamanya adalah individu mampu melakukan persiapan diri dengan menguasai ilmu dan keahlian tersebut adalah untuk dapat bekerja sesuai dengan bidang keahlian dan memperoleh penghasilan yang layak sehingga dapat menghidupi diri sendiri maupun keluarganya nanti. Keinginan terbesar seorang individu (remaja) adalah menjadi orang yang mandiri dan tidak bergantung dari orang tua secara psikis maupun secara ekonomis (keuangan). Remaja seringkali mengambil keputusan dengan cara bekerja paruh waktu, disela-sela jam belajarnya (*part-timer*), misalnya menunggu (menjaga) toko, memberi les privat untuk pelajaran SD/SMP, dan sebagainya.

Remaja merupakan periode transisi perkembangan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa (Sumiati *et al*, 2009). Perubahan yang terjadi pada masa transisi apabila tidak dapat dilalui dengan baik maka akan terjadi gejolak atau dapat mengalami konflik atau mengalami ketidakseimbangan (*disequilibrium*) saat berusaha untuk memahami dunianya yang dapat menjadi salah satu faktor

pencetus kejadian depresi pada remaja (Santrock, 2007b), sedangkan bila dapat dilalui dengan baik remaja tersebut akan memasuki masa dewasa.

Depresi yang nyata dapat dilihat pada anak usia lebih dari 10 tahun terutama pada usia remaja akhir (17-19 tahun) yang mirip dengan gejala depresi pada orang dewasa. Hal ini terjadi karena pada usia lebih dari 10 tahun, penggunaan proses berfikir secara realistik semakin berkembang (Soetjiningsih, 2007).

#### 5.2.2 Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Desa pada Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012.

Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai, dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik), kepribadian tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*) perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas normal (Hawari, 2010).

Distribusi kejadian depresi pada siswi SMA Negeri desa dapat dilihat dalam tabel 5.2 yang menunjukkan terdapat 19 orang (76%) yang mengalami depresi dan 6 orang (24%) yang tidak mengalami depresi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian depresi remaja di desa lebih besar dibanding dengan remaja yang tidak depresi.

Kejadian depresi yang tinggi pada remaja di daerah desa sangat dipengaruhi oleh faktor sosial-lingkungan diantaranya teman sebaya dan ekonomi. Remaja yang tinggal di daerah desa cenderung lebih erat dalam hubungan sosial dengan remaja yang lain. Tahap sosialisasi di daerah desa biasanya terjadi di tempat-tempat umum seperti tempat ibadah ataupun sekolah (Stanhope & Lancaster 2006). Konflik antar remaja yang biasanya muncul kadang tidak bisa diselesaikan oleh remaja tersebut dan remaja tidak mau menceritakan apa yang terjadi pada dirinya kepada orang lain terutama orang tua. Permasalahan atau konflik yang terjadi secara terus menerus dan tidak terselesaikan akan membuat remaja semakin menarik diri dari lingkungan (Sumiati *et al*, 2009). Hal ini sesuai dengan pendapat Monks, 1999; (dalam Sumiati *et al*, 2009), menyebutkan dua bentuk perkembangan remaja yaitu memisahkan diri dari orang tua dan menuju kearah teman sebaya. Remaja berusaha melepaskan diri dari otoritas orang tua dengan maksud menemukan jati diri. Remaja lebih banyak berada di luar rumah dan berkumpul bersama teman sebayanya, kondisi ini membuat remaja sangat rentan terhadap pengaruh teman. Hal ini yang membuat remaja lebih berpeluang mengalami depresi.

Davison *et al* (2010) menyatakan bahwa orang yang mengalami depresi banyak yang memiliki pikiran untuk bunuh diri dan kadang benar-benar mencoba untuk menghilangkan nyawa sendiri, lebih dari separuh orang-orang yang mencoba bunuh diri mengalami depresi saat remaja melakukan tindakan tersebut dan diperkirakan sebanyak 15% orang-orang yang dideteksi dengan depresi berat akhirnya bunuh diri. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ibrahim (2011), yang

menyatakan bahwa keadaan depresi dapat berlanjut atau menjadi semakin berat sehingga dapat membahayakan individu tersebut dan dari hasil penelitian didapatkan 15% individu yang mengalami depresi akan melakukan bunuh diri.

### 5.2.3 Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Kota pada Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012.

Menurut Santrock (2007a) menyatakan bahwa depresi adalah gangguan *mood* dimana seseorang merasa tidak bahagia, tidak bersemangat, memandang rendah diri sendiri, dan merasa sangat bosan. Individu merasa selalu tidak enak badan, gampang kehilangan stamina, selera makan yang buruk, tidak bersemangat, dan tidak memiliki motivasi.

Penyebab depresi adalah stress psikososial yang berat dan juga disebabkan oleh penyakit-penyakit fisik yang kronik, pengaruh obat-obatan, gaya hidup terutama pada remaja yang banyak mengkonsumsi alkohol serta urbanisasi (Ibrahim, 2011). Kurangnya kemampuan keterampilan sosial membuat para remaja mengalami perasaan seperti rendah diri, menghadapi rasa takut, dan rasa tertekan. Kehidupan yang serba sulit yang ditandai dengan angka pengangguran yang tinggi diperkotaan sedangkan kebutuhan hidup semakin meningkat menjadi salah satu faktor terjadinya depresi. Kesenjangan sosial yang terjadi di kota sangat banyak terjadi, dan hal ini menjadikan kejadian depresi juga meningkat (Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2009).



Allender & Spradley (2005) menyatakan bahwa remaja di perkotaan memiliki gaya hidup yang dipengaruhi perilaku dan kebiasaan yang meliputi kekerasan dan penelantaran pada wanita dan anak-anak, serta tingginya frekuensi alkoholisme. Kepercayaan bahwa perilaku kekerasan adalah perilaku yang dapat diterima, dan disertai dengan ketidakmampuan menangani rasa marah. Kondisi ini cenderung memicu timbulnya perilaku risiko tinggi bagi remaja, seperti gangguan mood depresi.

Distribusi kejadian depresi pada siswi SMA Negeri yang berada di kota pada daerah agraris di Kabupaten Jember dapat dilihat berdasarkan hasil penelitian yang disajikan dalam tabel 5.3. Hasil yang dapat disimpulkan adalah bahwa dari keseluruhan responden yang berjumlah 21 orang terdapat terdapat 8 orang (38,1%) yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi sebanyak 13 orang (61,9%). Hal ini menunjukkan sebagian besar remaja di kota tidak mengalami depresi.

Remaja perkotaan sering terpapar dengan masalah atau konflik yang terjadi disekitarnya. Hal ini memungkinkan remaja belajar cara beradaptasi mengatasi masalah yang beragam. Menurut Ibrahim (2011) menyatakan bahwa proses pembelajaran yang terjadi dari pengalaman diri sendiri ataupun orang lain menjadikan remaja lebih mempunyai mekanisme pertahanan diri yang terlatih. Koping yang dimiliki remaja sesuai dengan pengalaman dapat menjadi *barrier* (tembok penghalang) untuk mekanisme terjadinya depresi.

Motivasi yang diberikan oleh keluarga dapat mencegah kejadian depresi pada remaja, keluarga khususnya orang tua ada di sekitar remaja dari remaja tersebut lahir hingga dewasa, sehingga keluarga merupakan orang terdekat remaja sepanjang hidupnya. Kemampuan adaptif yang ditunjukkan orang tua juga dapat menjadikan remaja merasa lebih nyaman diantara keluarganya. Hal ini menjadikan remaja lebih mudah menceritakan konflik yang terjadi pada dirinya sehingga orang tua dapat memberikan solusi untuk penyelesaian konflik tersebut dan permasalahan remaja dapat teratasi (Ibrahim, 2011).

#### 5.2.4 Karakteristik Gejala Depresi yang Sering Muncul pada Remaja Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember

Depresi yang dimaksud pada penelitian ini terdiri dari 21 gejala yang meliputi 15 diantaranya menggambarkan emosi dan perubahan sikap, serta 6 gejala somatik. Penelitian dilakukan pada siswi yang bersekolah di SMA Negeri desa dan kota di Kabupaten Jember dengan cara pengisian kuesioner *Beck Depression Inventory II* (BDI-II).

Menurut Ibrahim (2011) menyatakan bahwa trias depresi merupakan gejala dasar dari gangguan depresi. Trias depresi terdiri dari yang pertama tentang suasana hati yang depresif (tertekannya perasaan) dengan gejala berupa kesedihan yang mendalam, hilang rasa, kekosongan batin, resah, dan cemas. Hal ini dapat terlihat dari air mata yang sedih, tidak peduli terhadap dirinya, mudah menangis, sulit tidur dan hilangnya nafsu makan. Kedua tentang proses kelambatan berpikir (sulit berpikir) dengan gejala berupa ketidakmampuan berpikir, gagasan nihilistik,

ketidakpuasan mengambil keputusan, kebiasaan untuk memamah biak pikirannya (pikirannya berulang), mungkin bisa dalam bentuk pemikiran suka berkhayal. Diperlihatkan dalam sikap acuh tak acuh dan dinyatakan serba susah untuk memusatkan perhatian. Ketiga tentang cacat psikomotor (kelambatan psikomotor) dengan gejala berupa kelambatan dalam bergerak, kesulitan melakukan tindakan verbal (ucapan kata-kata) atau pada psikomotor, ketidakmampuan bersikap santai dan tidak ada keinginan untuk mengambil tindakan. Gerakannya lamban dan tak bergairah, gangguan ini merupakan gejala di dalam alam tingkah lakunya.

Gejala yang sering muncul pada remaja desa dan kota adalah sama yaitu seperti yang dapat dilihat pada tabel 5.4 yang menunjukkan bahwa terdapat 7 gejala yang sering muncul pada remaja desa dan kota di Kabupaten Jember adalah kesedihan, pesimistis, sering merasa bersalah, merasa lebih kritis terhadap diri sendiri, sering menangis, mudah tersinggung, perubahan pola tidur, dan merasa lebih mudah lelah dengan jumlah yang berbeda-beda.

Gejala depresi yang mempunyai akibat paling buruk dari total 21 gejala yang diuraikan pada lembar *Beck Depression Inventories* (BDI-II) adalah ide atau pikiran bunuh diri. Hasil penelitian pada tabel 5.4 menunjukkan pada item kesembilan yang berfokus tentang ide bunuh diri (*suicidal thoughts or wishes*) dari penelitian didapatkan hasil 7 remaja kota (28%) dan 4 remaja desa (19,05%) yang menyatakan mempunyai ide atau pikiran bunuh diri. Werth (2004) menegaskan bahwa meskipun tidak semua remaja yang depresi melakukan percobaan bunuh diri, depresi tetap menjadi faktor yang dianggap sebagai pencetus bunuh diri pada remaja (Santrock, 2007a). Akibat atau dampak kejadian

depresi yang makin berat akan timbul rasa putus asa, dan timbul pemikiran ingin mati bahkan bunuh diri dan 15% individu yang mengalami depresi akan melakukan bunuh diri (Ibrahim, 2011). Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat diambil kesimpulan bahwa terjadi peningkatan prosentase keinginan bunuh diri dari 15% (penelitian Ibrahim, 2011) menjadi 23,91% (penelitian saat ini dari total responden desa dan kota).

#### 5.2.5 Perbedaan Depresi Remaja Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember Periode April 2012.

Depresi adalah gangguan alam/suasana perasaan (afek) yang ditandai dengan kemurungan, rasa sedih, rasa tak berdaya, rasa tak bersalah, dan rasa berdosa. Depresi merupakan keadaan yang sering kali tidak disadari oleh individu yang bersangkutan. Keadaan depresi dapat berlanjut atau menjadi semakin berat sehingga dapat membahayakan individu tersebut (Ibrahim, 2011).

*Beck Depression Inventories II* (BDI-II) terdiri dari 21 item untuk menilai intensitas depresi. Masing-masing daftar pertanyaan bukan merupakan skrining untuk diagnosa, tetapi untuk mengukur tingkat depresi dan dapat dipergunakan untuk memonitor kemajuan suatu terapi (Loretz, 2005). Penelitian kali ini hanya dilakukan untuk mengidentifikasi kejadian depresi pada remaja tanpa dilakukan terapi atau *treatment* sehingga peneliti hanya memasukkan remaja dalam dua kategori yaitu remaja yang depresi dan yang tidak depresi.

Analisis lebih lanjut diketahui bahwa berdasarkan hasil perhitungan uji statistik dengan menggunakan uji kaid kuadrat (*Chi-Square*) dapat dilihat pada tabel 5.5 yang menunjukkan nilai  $p$  ( $p$  value) = 0,021 yang berarti  $p < \alpha$  dengan  $\alpha = 0,05$  terdapat perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember. Hasil analisis perbedaan depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember diketahui bahwa proporsi responden yang berada di desa yang mengalami depresi lebih besar yaitu 70,4%, sedangkan 31,6% tidak mengalami depresi sedangkan responden yang berada di kota terdapat 31,6% responden yang mengalami depresi, dan responden yang tidak mengalami depresi adalah 68,4%. Hal ini menunjukkan kejadian depresi remaja terjadi lebih banyak di pedesaan daripada perkotaan. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR (*Odd Ratio*) = 0,194, yang artinya remaja pedesaan mempunyai peluang 0,194 kali untuk mengalami depresi dibanding remaja perkotaan. Hasil penelitian, diketahui bahwa kejadian depresi remaja desa maupun kota termasuk tinggi yaitu 27 responden dari total 46 responden desa dan kota atau sekitar 58,7%, dapat disimpulkan bahwa di Kabupaten Jember sebagian besar remaja putrinya mengalami depresi.

Depresi merupakan keadaan yang sering kali tidak disadari oleh individu yang bersangkutan. Gambaran atau gejala klinik yang muncul tidak terlalu tegas, lebih dalam bentuk tersamar dibandingkan gejala aslinya (Ibrahim, 2011). Hal ini sesuai dengan pendapat Ardjana, 2004; (dalam Soetjningsih, 2007) yang menyatakan bahwa depresi remaja biasanya termasuk dalam depresi terselubung dibandingkan depresi akut maupun kronik.

Penyebab depresi pada remaja dapat diakibatkan karena seorang remaja tidak mengetahui penyebab konflik yang terjadi secara terus menerus pada dirinya. Remaja menjadi mudah marah, serba salah karena merasa tidak ada seorangpun yang mau memahami masalah yang terjadi padanya, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah tersinggung, hilang semangat sekolah/bermain, hilang rasa percaya diri dan menurunnya daya tahan tubuh (Sumiati *et al* , 2009).

Perilaku remaja sangat rentan terhadap pengaruh lingkungan. Remaja mempunyai keinginan kuat untuk mengadakan interaksi sosial dalam upaya mendapatkan kepercayaan dari lingkungan, sedangkan di lain pihak remaja mulai memikirkan kehidupan mandiri serta terlepas dari pengawasan orang tua dan sekolah. Perkembangan masa remaja yang tersulit adalah pada bagian penyesuaian diri terhadap lingkungan sosial. Remaja harus menyesuaikan diri dengan lawan jenis dalam hubungan interpersonal yang awalnya belum pernah ada, juga menyesuaikan diri dengan orang dewasa di luar lingkungan keluarga dan sekolah. Remaja perlu membuat banyak penyesuaian baru untuk mencapai hubungan pola sosialisasi dewasa. Remaja yang tidak mampu menyesuaikan diri inilah yang rentan terhadap depresi (Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I, 2010).

Kejadian depresi pada remaja di desa dan kota sangat bergantung pada pelayanan kesehatan yang ada di sekitar wilayahnya. Komunitas desa mempunyai masalah penting pada akses untuk pelayanan kesehatan. Jaminan kesehatan mahal dan penduduk desa memilih untuk mengabaikannya (Allender & Spradley, 2005). Hal ini juga didukung oleh penelitian Probst (2006) yang mendukung penelitian

ini dengan menunjukkan hasil penelitian yang sama yaitu kejadian depresi pada remaja desa lebih tinggi dibanding dengan remaja kota yang disebabkan oleh kehidupan yang lebih buruk di pedesaan atau dapat dikatakan pelayanan kesehatan di pedesaan kurang memadai daripada perkotaan.

Hasil dan pembahasan yang telah dijabarkan tersebut dapat diketahui bahwa kejadian depresi remaja siswi SMA Negeri desa dan kota berbeda walaupun remaja sama-sama tinggal di daerah agraris. Remaja putri yang tinggal di desa mempunyai peluang depresi lebih besar dibandingkan dengan remaja putri yang tinggal di kota. Perbedaan ini disebabkan oleh faktor ekonomi, teman sebaya, gaya hidup remaja, dan tersedianya pelayanan kesehatan.

### **5.3 Keterbatasan Penelitian**

#### **a. Proses pengambilan data**

Peneliti kesusahan mengambil data saat penelitian karena sistem sekolah dengan SSN (Sekolah Standart Nasional) berbentuk *moving class* maka peneliti sulit mencari kelas yang diambil oleh responden sesuai dengan mata pelajaran yang diambil. Peneliti dengan bantuan guru BK memanggil siswa yang telah terpilih melalui mikrofon dengan mengumpulkan responden tersebut di ruang yang kosong dengan sistem *shift* (yang terdiri dari kurang lebih 5-8 responden).

b. Waktu penelitian

Waktu yang digunakan saat penelitian adalah mendekati UAN sehingga peneliti kesulitan mencari waktu untuk pengambilan data karena harus menyesuaikan dengan jadwal *try out* bagi responden kelas XII. Peneliti menggunakan waktu sebelum atau sesudah mereka *try out* bagi responden kelas XII.

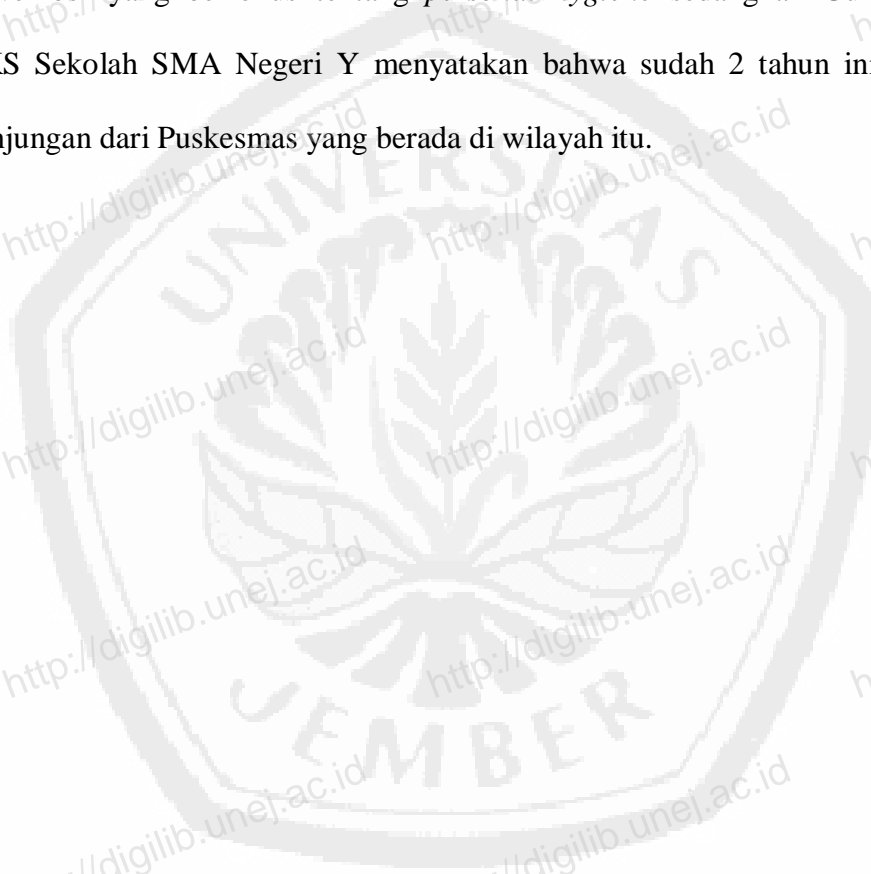
#### 5.4 Implikasi Keperawatan

Asuhan keperawatan yang dapat diberikan kepada remaja yang berpeluang mengalami depresi dapat berupa penyuluhan atau pendidikan kesehatan khususnya remaja putri tentang depresi. Peran perawat disini harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang tepat kepada remaja sesuai dengan kondisinya.

Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan untuk keluarga terutama orang tua dan guru yang terkait, agar depresi segera dapat ditangani oleh pihak yang tepat dan tidak menimbulkan akibat yang buruk seperti bunuh diri. Peran perawat disini adalah memberikan pendidikan kepada keluarga informasi tentang depresi dan diharapkan keluarga dapat lebih memperhatikan dan memberikan dorongan atau motivasi kepada remaja agar kesehatan mental remaja dapat terpelihara. Hal ini sesuai dengan pendapat Anderson & McFarlane (2006) intervensi perawat dalam hal ini dianggap bersifat preventif dan yang utama adalah pencegahan sebelum penyakit atau prevensi primer yang meliputi pendidikan kesehatan tentang depresi.



Tindakan yang bisa dilakukan oleh perawat puskesmas adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan secara rutin, karena selama ini kunjungan puskesmas ke sekolah-sekolah tidak optimal, hal ini didukung oleh pernyataan Waka. (Wakil Kepala) Kesiswaan Sekolah SMA Negeri X yang menyatakan bahwa kunjungan dari puskesmas terakhir dilakukan tahun 2011 pada bulan November yang berfokus tentang *personal hygiene* sedangkan Guru Pembina UKS Sekolah SMA Negeri Y menyatakan bahwa sudah 2 tahun ini tidak ada kunjungan dari Puskesmas yang berada di wilayah itu.



## **BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN**

### **6.1 Simpulan**

Kesimpulan yang dapat diambil pada penelitian ini adalah:

- a. Berdasarkan umur responden, didapatkan hasil bahwa rerata umur responden adalah 17 tahun baik pada siswi yang berada di desa maupun siswi yang berada di kota.
- b. Proporsi kejadian depresi pada siswi SMA Negeri yang berada di desa pada daerah agraris di Kabupaten Jember, didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mengalami depresi.
- c. Proporsi kejadian depresi pada siswi SMA Negeri yang berada di kota pada daerah agraris di Kabupaten Jember, didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden tidak mengalami depresi.
- d. Ada 7 gejala depresi yang sama yang sering muncul pada remaja desa dan kota di Kabupaten Jember yaitu kesedihan, pesimistis, sering merasa bersalah, merasa lebih kritis terhadap diri sendiri, sering menangis, mudah tersinggung, perubahan pola tidur, dan merasa lebih mudah lelah dengan jumlah yang berbeda-beda.
- e. Ada perbedaan depresi remaja pada siswi SMA Negeri desa dan kota daerah agraris di Kabupaten Jember, hal tersebut didukung oleh hasil penelitian yang menyatakan hasil uji statistik diperoleh nilai  $p$  ( $p$  value) = 0,021 ( $\alpha=0,05$ ).

- f. Remaja pedesaan mempunyai peluang 0,194 kali untuk mengalami depresi dibanding remaja perkotaan, hal tersebut diperoleh dari hasil analisa dengan nilai OR (Odd Ratio) = 0,194.

## 6.2 Saran

Sesuai hasil kesimpulan tersebut, maka penulis mengajukan beberapa saran yang berhubungan dengan kejadian depresi pada remaja putri. Saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

a. Bagi Institusi Pendidikan

Kerjasama antara pihak institusi keperawatan dan intitusi sekolah dapat dilakukan untuk mengatasi kejadian depresi pada remaja, sehingga mahasiswa dapat mengaplikasikan ilmu yang didapat, serta kejadian depresi dapat terdeteksi. Institusi sekolah memnita bantuan kepada institusi keperawatan dalam pengiriman mahasiswa ke sekolah untuk skrining ataupun memberikan pendidikan kesehatan tentang depresi.

b. Bagi Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan masukkan untuk melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan komunitas yang tepat bagi masyarakat agar kesehatan mental remaja dapat optimal.

c. Bagi Responden

Responden lebih tergerak untuk mencari secara mandiri mengenai informasi tentang kesehatan mental terutama depresi yang sering terjadi pada remaja, sehingga dampak depresi seperti kejadian bunuh diri tidak terjadi.

d. Bagi Sekolah

Guru Bimbingan Konseling (BK) diharapkan lebih aktif mencari informasi tentang depresi dan skrining depresi dengan menggunakan *Beck Depression Inventories II* (BDI-II) yang telah disosialisasi oleh peneliti dapat dilakukan secara berkala setiap 6 bulan sekali, sehingga dapat dilakukan penanganan dengan segera apabila ada tanda dan gejala depresi pada remaja.

e. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini merupakan bahan pertimbangan bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian tentang depresi pada remaja. Penelitian dapat dikembangkan ke arah manajemen depresi untuk penanganan depresi, sehingga dapat diketahui keefektifan masing-masing manajemen depresi dan dapat diaplikasikan kepada remaja sehingga kejadian depresi yang cukup tinggi pada remaja khususnya remaja putri dapat tertangani. Dari hasil penelitian juga didapatkan bahwa faktor lingkungan terutama teman sebaya sangat mempengaruhi kejadian depresi pada remaja maka dapat dilakukan pelatihan *peer-education* kepada remaja.

## DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J. A., & Spradley, B. W. 2005. *Community Health Nursing: promoting and protecting the public's health, 6<sup>th</sup> edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E. T., & McFarlen, J. 2000. *Buku Ajar Keperawatan Komunitas Teori dan Praktek (Community as Partner: Theory and Practice in Nursing) Edisi 3*. Alih bahasa oleh Sutarna, A., Samba, S., dan Herdiana, N. 2006. Jakarta: EGC
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P. dan Bramson, R. 2001. *Psychometric Evaluation of Beck Depression Inventory II with Primary Care Medical Patients*. *Healthy Psychology* Vol. 20, No2, 112-9.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember. 2007. *Kabupaten Jember Dalam Angka*. Jember: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember. 2010. *Kabupaten Jember Dalam Angka*. Jember: Badan Pusat Statistik.
- Brockopp, D. Y & Hasting-Toisma, M. T. 1995. *Dasar-dasar Riset Keperawatan*. Alih bahasa oleh Asih Y. dan Maryunani, A. 2000. Jakarta: EGC.
- Budiyoko, I. 2010. *Perbedaan Tingkat Depresi antara Murid Putra SMA Kelas X Islamic Boarding School (IBS) MTA Surakarta yang Pernah dan Belum Tinggal di Pondok Pesantren*. Surakarta: FK Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Davison, G. C., Neale, J. M., dan Kring, A. M. 2004. *Psikologi Abnormal, Edisi ke 9*. Alih bahasa oleh Fajar, N. 2010. Jakarta: PT. Raja grafindo Persada.
- Dariyo, A. 2004. *Psikologi Perkembangan Remaja*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001. *Pedoman Kesehatan Jiwa Remaja (Pegangan bagi Dokter Puskesmas)*. Jakarta: RI Dirjen Kesmas Depkes.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Risikesdas 2007 Jawa Timur*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Riskesdas 2007 Nasional*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan.
- Dinas Pendidikan Kabupaten Jember. 2011. *Rekapitulasi Data Siswa SMA Negeri/Swasta Kelas X s.d XII Tahun Pelajaran 2010-2011*. Jember: Dinas Pendidikan Kabupaten Jember.
- Dinas Pertanian Kabupaten Jember. 2012. *Laporan Penggunaan Lahan*. Jember: Badan Pusat Statistik dan Dinas Pertanian.
- Fatimah, E. 2010. *Psikologi Perkembangan: Peserta Didik*. Bandung: Pustaka Setia.
- Hartono D. P., Rihadini, dan Yusuf I. 1997. *Kecenderungan Depresi pada Remaja Hubungannya dengan Sikap Terhadap Orang Tua*. Semarang: Bagian Psikiatri FK UNDIP/RS Dokter Kariadi [serial online] <http://cyberpsy.tripod.com/P07.htm> [12 Maret 2012]
- Hastono, S. P. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Hastono, S. P. & Sabri, L. 2010. *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers
- Hawari, D. 2011. *Manajemen Stress, Cemas, dan Depresi, Edisi ke 2*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hidayat, A. A.A. 2008. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ibrahim, A. S. 2011. *Gangguan Alam Perasaan: Manik Depesi*. Tangerang: Jelajah Nusa.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2009. *Masalah kesehatan mental emosional remaja*. [serial online] <http://www.idai.or.id/remaja.asp> [12 Maret 2012]
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Panduan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia 2011*. Jakarta: Depkes.
- Loretz, L. 2005. *Primary Care: Tools for Clinicians, A Compendium of forms, Questionnaires, and Rating Scale for Everyday Practice*. Missouri: Mosby, Inc.
- Mc Dowell, I. 2006. *Measuring Health*. New York: Oxford University Press

- Nazir, M. 2003. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Notoatmojo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pieter, H. Z. & Lubis, N. L. 2010. *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. 1997. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik Vol. 1 Edisi 4*. Alih bahasa oleh Asih, Y., Sumarwati, M., Evriyani, D., Mahmudah, L., Panggabean, E., Kusriani S., Kurnianingsih, S., dan Novietasari, E. 2005. Jakarta: EGC.
- Probst, J. C., Laditka S.B., Moore C.G., Harun N., Powell, M.P., dan Baxley E.G. 2006. *Rural-Urban Differences in Depression Prevalence: Implication for Family Medicine*. *Fam Med*. 38(9): 653-60 [serial online] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17009190> [8 Februari 2012].
- Santrock, J. W. 2007a. *Perkembangan Anak, edisi ketujuh, jilid dua*. Alih bahasa oleh Rachmawati, M dan Kuswanti, A. 2007. Jakarta: Erlangga.
- Santrock, J. W. 2007b. *Remaja, edisi kesebelas*. Alih bahasa oleh Widyasinta, B. 2007. Jakarta: Erlangga.
- Sarwono, J. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. 2008. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis, edisi ke-3*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Setiadi. 2007. *Kosep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Soetjningsih (Ed.). 2007. *Buku Ajar: Tumbuh Kembang Remaja Dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. 2006. *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. Missouri: Mosby, Inc.
- Sumiati, Dinarti, Nurhaeni, H., dan Aryani, R. 2009. *Kesehatan Jiwa Remaja dan Konseling*. Jakarta: Trans Info Media (TIM).
- Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I. 2010. *Kesehatan Remaja: Problem dan Solusinya*. Jakarta: Salemba Medika
- Videbeck, Sheila L. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Alih bahasa oleh Komalasari, R. dan Hany, A. 2008. Jakarta: EGC.

Worley, N. K. 1997. *Mental Health Nursing in the Community*. Missouri: Mosby-Year Book, Inc.

World Health Organization. 2011. *Mental Health: Depression*. [serial online] [http://www.who.int/mental\\_health\\_management\\_depression\\_definition/en/mht](http://www.who.int/mental_health_management_depression_definition/en/mht) [8 Februari 2012]







# LAMPIRAN

**Lampiran A. Lembar *Informed*****INFORMED**  
**SURAT PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fransiska Melani

NIM : 072310101022

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Perumahan Tegal Besar Permai I Blok T-2,  
Kec. Kaliwates Kabupaten Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Perbedaan Depresi Remaja Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi Anda maupun keluarga Anda sebagai responden. Akan tetapi, dapat memberikan manfaat bagi Anda karena dapat menambah pengetahuan mengenai depresi pada remaja putri, sehingga Anda dapat memberikan penanganan yang sesuai dengan permasalahannya.

Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi Anda maupun keluarga. Jika Anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya berikan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Fransiska Melani  
NIM 072310101022

**Lampiran B. Lembar Consent****CONSENT**  
**SURAT PERSETUJUAN**

Setelah saya membaca dan memahami isi dan penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, maka saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, yaitu :

Nama : Fransiska Melani

NIM : 072310101022

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Perumahan Tegal Besar Permai I Blok T-2,  
Kec. Kaliwates Kabupaten Jember

Judul : Perbedaan Depresi Remaja Siswi SMA Negeri Desa dan  
Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga saya, sehingga saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Jember, ..... 2012

( ..... )

Nama terang dan tanda tangan

**Lampiran C. Form Beck Depression Inventories II (BDI-II)****Kode Responden** :**Umur** : **tahun**

Pilihlah dalam setiap lingkaran, keadaan yang paling sesuai dengan keadaan anda saat ini. Kemudian berilah tanda (X) atau (√) pada lingkaran yang tersedia pada pilihan yang saudara pilih. Isilah dengan sejujur-jujurnya sesuai keadaan saudara.

- 1). Bagaimana perasaan anda sekarang?
  - Saya tidak merasa sedih
  - Saya kadang merasa sedih
  - Saya selalu merasa sedih sepanjang waktu
  - Saya begitu sedih sehingga saya merasa tidak tahan lagi
- 2). Bagaimana pandangan anda tentang masa depan anda?
  - Saya tidak khawatir terhadap masa depan saya
  - Saya merasa khawatir terhadap masa depan saya
  - Saya merasa tidak ada sesuatu yang bisa diharapkan
  - Saya merasa bahwa tidak ada harapan di masa depan dan segala sesuatunya akan semakin memburuk
- 3). Apakah anda merasa gagal dalam hidup anda ?
  - Saya tidak merasa gagal
  - Saya merasa lebih banyak mengalami kegagalan lebih yang saya harapkan
  - Kalau saya meninjau kembali hidup saya, yang dapat saya lihat hanyalah kegagalan
  - Saya merasa sebagai seorang pribadi yang gagal total
- 4). Bagaimana anda mendapatkan kepuasan anda ?
  - Saya memperoleh kepuasan atas segala sesuatu yang biasa saya nikmati
  - Saya tidak dapat menikmati segala sesuatu seperti biasanya
  - Saya memperoleh sangat sedikit kepuasan dari segala sesuatu yang biasa saya nikmati
  - Saya tidak dapat memperoleh kepuasan dari segala sesuatu yang biasa saya nikmati

- 5). Apakah anda merasa selalu bersalah ?
- Saya tidak merasa bersalah
  - Saya merasa bersalah atas banyak hal yang telah atau akan saya perbuat
  - Saya merasa bersalah di sebagian besar waktu saya
  - Saya merasa bersalah sepanjang waktu
- 6). Bagaimana perasaan anda ? Apakah anda merasa sedang mendapat hukuman ?
- Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum
  - Saya merasa bahwa saya mungkin dihukum
  - Saya mengharapkan agar dihukum
  - Saya merasa bahwa saya sedang dihukum
- 7). Kecewakah anda terhadap diri anda ?
- Saya merasakan segala sesuatu tentang diri saya sama seperti biasanya
  - Saya telah kehilangan kepercayaan diri saya sejak dua minggu yang lalu
  - Saya merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
  - Saya membenci diri saya sendiri
- 8). Bagaimana anda menilai diri anda ?
- Saya tidak mengkritik atau menyalahkan diri saya lebih dari orang lain
  - Saya menjadi lebih kritis terhadap diri saya dibanding yang dulu
  - Saya mengkritik diri saya sendiri atas semua kesalahan-kesalahan saya
  - Saya menyalahkan diri saya untuk semua hal buruk yang terjadi
- 9). Pernahkah anda berpikir untuk bunuh diri ?
- Saya sama sekali tidak mempunyai pikiran untuk bunuh diri
  - Saya mempunyai pikiran untuk bunuh diri, tetapi saya tidak akan melaksanakannya
  - Saya ingin bunuh diri
  - Saya akan bunuh diri kalau ada kesempatan
- 10). Apakah anda lebih sering menangis saat ini ?
- Saya tidak menangis lebih dari biasanya
  - Saya lebih banyak menangis daripada biasanya
  - Saya menangis sampai berlebihan untuk hal-hal yang kecil
  - Saya merasa seperti menangis, namun saya tidak dapat menangis

- 11). Apakah anda lebih mudah tersinggung ?
- Saya tidak lebih tegang atau resah daripada biasanya
  - Saya lebih mudah tegang atau resah daripada biasanya
  - Saya sangat tegang atau jengkel dan susah untuk bertahan
  - Saya sangat tegang atau jengkel maka saya harus melakukan sesuatu
- 12). Pandangan anda terhadap orang lain ?
- Saya masih tetap senang bergaul dengan orang lain atau beraktifitas
  - Saya kurang berminat terhadap orang lain atau segala sesuatu sejak dua minggu yang lalu
  - Saya telah kehilangan sebagian besar minat saya terhadap orang lain atau segala sesuatu
  - Saya susah untuk tertarik terhadap apapun
- 13). Bagaimana anda mengambil keputusan sekarang ?
- Saya dapat mengambil keputusan sama baiknya dengan sebelumnya
  - Saya merasa agak kesulitan dalam mengambil keputusan daripada biasanya
  - Saya merasa sangat kesulitan dalam mengambil keputusan daripada biasanya
  - Saya mempunyai masalah dalam mengambil keputusan
- 14). Bagaimana anda menilai diri anda ?
- Saya tidak merasa bahwa saya tidak berharga
  - Saya tidak berpikir bahwa saya sama berharga dan bermanfaat seperti biasanya
  - Saya merasa lebih tidak berharga dibandingkan dengan orang lain
  - Saya merasa sepenuhnya tidak berharga
- 15). Apakah anda merasa lebih sering kehilangan tenaga saat ini ?
- Saya mempunyai tenaga sama baiknya dengan sebelumnya
  - Saya merasa kehilangan tenaga sejak dua minggu yang lalu
  - Saya tidak mempunyai cukup tenaga untuk melakukan segala sesuatu yang agak berat
  - Saya tidak mampu mengerjakan apapun lagi

- 16). Bagaimana dengan tidur anda sekarang ?
- Saya tidak mengalami perubahan pada pola tidur saya, saya dapat tidur nyenyak seperti biasanya
  - Saya kadang-kadang tidur lebih atau kurang dari biasanya
  - Saya sering tidur lebih atau kurang dari biasanya
  - Saya tidur sepanjang hari atau saya bangun 1-2 jam lebih awal daripada biasanya serta tidak dapat tidur kembali
- 17). Apakah anda merasa lebih mudah marah ?
- Saya merasa tidak lebih mudah marah daripada biasanya
  - Saya merasa lebih mudah marah daripada biasanya
  - Saya hampir selalu mudah marah daripada biasanya
  - Saya mudah marah sepanjang waktu
- 18). Bagaimana dengan nafsu makan anda ?
- Nafsu makan saya masih seperti biasanya
  - Nafsu makan saya kadang lebih besar atau kurang dari biasanya
  - Nafsu makan saya sering lebih besar atau kurang dari biasanya
  - Saya tak mempunyai nafsu makan sama sekali atau selalu merasa lapar
- 19). Apakah anda merasa kesulitan dalam berkonsentrasi ?
- Saya dapat berkonsentrasi sama baiknya dengan sebelumnya
  - Saya tidak dapat berkonsentrasi sama baiknya dengan biasanya
  - Saya susah untuk berkonsentrasi dalam waktu yang lama
  - Saya tidak mampu berkonsentrasi lagi
- 20). Apakah anda merasa lebih mudah lelah ?
- Saya tidak lebih mudah lelah daripada biasanya
  - Saya lebih mudah lelah daripada biasanya
  - Saya terlalu lelah untuk melakukan segala sesuatu yang biasanya saya lakukan
  - Saya terlalu lelah untuk melakukan apapun
- 21). Bagaimana pandangan anda terhadap seks ?
- Saya tidak merasa ada perubahan dalam minat saya terhadap seks pada akhir-akhir ini
  - Saya kurang berminat terhadap seks kalau dibandingkan dengan sebelumnya
  - Sekarang saya sangat kurang berminat terhadap seks
  - Saya telah kehilangan minat terhadap seks

(Sumber: Istiyoko, 2010)

**Lampiran D. Data Penggunaan Sawah Tahun 2011 pada tiap-tiap  
Kecamatan di Kabupaten Jember**

BADAN PUSAT STATISTIK  
DAN  
DEPARTEMEN PERTANIAN

RKSP - LAHAN

**LAPORAN PENGGUNAAN LAHAN**  
(isian Dalam Hektar Bilangan Bulat)

PROVINSI : JAWA TIMUR    
KAB. / KOTA : JEMBER   Tahun : 2011

No.	Penggunaan Lahan	Realisasi Dalam Satu Tahun				Sementara Tidak Diusahakan	Jumlah
		Ditanami Padi:			Tidak Ditanami Padi *)		
		Tiga Kali	Dua Kali	Satu Kali			
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1.</b>	<b>LAHAN PERTANIAN</b>						
1.1.	Lahan Sawah						
	a. Irigasi Teknis	23,045	35,231	14,648	5,321	-	78,245
	b. Irigasi Sederhana Teknis	227	774	812	-	-	1,813
	c. Irigasi Sederhana	1,957	2,299	548	-	-	4,804
	d. Irigasi Desa / Non PU.	-	5	54	-	-	59
	e. Tadah Hujan	-	11	92	-	-	103
	f. Paang Surut	-	-	-	-	-	-
	g. Lebak	-	-	-	-	-	-
	h. Lainnya (Polder, rembesan, dll)	-	-	-	-	-	-
	<b>Jumlah Lahan Sawah</b>	<b>25,229</b>	<b>38,320</b>	<b>16,164</b>	<b>5,321</b>	<b>-</b>	<b>85,024</b>
No	Penggunaan Lahan						Luas
1	2						3
1.2.	Lahan Bukan Sawah						
	a. Tegal / Kebun						31,658
	b. Ladang / Huma						361
	c. Perkebunan						33,501
	d. Ditanami Pohon / Hutan Rakyat						3,023
	e. Tambak						547
	f. Kolam / Tebat / Empong						94
	g. Padang penggembakan / Empong						-
	h. Sementara Tidak Diusahakan **)						2,541
	i. Lainnya (Sesuai dengan yang dialami tanaman pertanian, dll)						14,180
	<b>Jumlah Lahan Bukan Sawah</b>						<b>85,905</b>
<b>2.</b>	<b>LAHAN BUKAN PERTANIAN</b>						
	a. Rumah, Bangunan atau Fasilitas Sederhana						19,360
	b. Hutan Negara						37,708
	c. Rawa-Rawa (Tidak ditanami)						363
	d. Lainnya (Jalan, Sungai, Danau, Lahan Tandus, dll)						2,180
	<b>Jumlah Lahan Bukan Pertanian</b>						<b>59,611</b>
	<b>Total (Luas Wilayah Kabupaten) = Jumlah Lahan sawah + Jumlah Lahan Pertanian Bukan Sawah + Jumlah Lahan Bukan Pertanian</b>						<b>230,540</b>

**Keterangan :**

\*) Digolongkan Persepsi Tanaman Sementara lainnya atau tidak dibarengi dengan < 1 tahun  
\*\*) Lebih dari 1 tahun sampai > 2 tahun, termasuk lahan sawah yang tidak diusahakan > 2 tahun

Jember, 7 Januari 2012  
KEPALA DINAS PERTANIAN KAB. JEMBER

Ir. R. HARI WIDJAJADI, MP.  
Pembina TK. I  
NIP. 19601217 198603 1 014













No. Urut	NAMA LEMBAGA	Alamat	KELAS X		KELAS XI				KELAS XII				TOTAL JUMLAH					
			L	P	L	P	JML	IPA	L	P	JML	IPA		L	P	JML	IPS	
XXVI	Kecamatan Umbulsari	Jl. PB. Sudirman 129 Gunung Sari Umbul	87	116	203	8	29	37	67	52	119	8	32	40	41	58	99	498
XXVII	Kecamatan Wuluhan	Jl. Ambulu No. 4 Wuluhan	36	55	91	13	15	28	12	22	34	12	20	32	21	17	38	223
	1. SMA Muhammadiyah 2 Wuluhan	Jl. Pahlawan 186 Wuluhan	72	62	134	14	44	58	35	17	52	5	34	39	29	23	52	335
	2. SMA 02 Diponegoro Wuluhan																	
	<b>JUMLAH</b>		<b>3813</b>	<b>4066</b>	<b>7879</b>	<b>1544</b>	<b>2316</b>	<b>3860</b>	<b>1976</b>	<b>1332</b>	<b>3308</b>	<b>1495</b>	<b>2196</b>	<b>3691</b>	<b>1771</b>	<b>1238</b>	<b>##</b>	<b>21762</b>

Jember, 18 Oktober 2010

Kepala Dinas Pendidikan  
Kabupaten Jember

Drs. H. ACHMAD SUDIYONO, SH, MSI  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19610523 198503 1 008

Sumber: Dinas Pendidikan (2011)

**Lampiran F. Rekapitulasi Data**

No	Kode Responden	Umur	Kode Daerah	Skor	Keterangan Depresi
1.	X1	19	0	16	1
2.	X2	18	0	20	1
3.	X3	18	0	21	1
4.	X4	18	0	9	0
5.	X5	18	0	15	1
6.	X6	18	0	3	0
7.	X7	18	0	9	0
8.	X8	18	0	14	1
9.	X9	19	0	22	1
10.	X10	18	0	19	1
11.	X11	18	0	22	1
12.	X12	18	0	21	1
13.	X13	18	0	24	1
14.	X14	19	0	24	1
15.	X15	17	0	17	1
16.	X16	17	0	17	1
17.	X17	17	0	20	1
18.	X18	17	0	12	0
19.	X19	17	0	16	1
20.	X20	17	0	17	1
21.	X21	17	0	22	1
22.	X22	17	0	9	0
23.	X23	17	0	17	1
24.	X24	17	0	3	0
25.	X25	17	0	14	1
26.	Y1	17	1	6	0
27.	Y2	17	1	11	0



28.	Y3	17	1	20	1
29.	Y4	17	1	13	0
30.	Y5	17	1	17	1
31.	Y6	17	1	14	1
32.	Y7	17	1	14	1
33.	Y8	17	1	29	1
34.	Y9	17	1	7	0
35.	Y10	17	1	24	1
36.	Y11	17	1	10	0
37.	Y12	17	1	7	0
38.	Y13	17	1	6	0
39.	Y14	18	1	6	0
40.	Y15	18	1	22	1
41.	Y16	18	1	7	0
42.	Y17	18	1	11	0
43.	Y18	18	1	11	0
44.	Y19	18	1	6	0
45.	Y20	18	1	33	1
46.	Y21	19	1	7	0

## Keterangan:

## 1. Kode Responden:

X = responden desa

Y = responden kota

## 3. Kode daerah

0 = desa

1 = kota

## 2. Keterangan Depresi

0 = tidak depresi

1 = depresi

### Lampiran G. Data Deskriptif Karakteristik Responden (umur)

#### Statistics

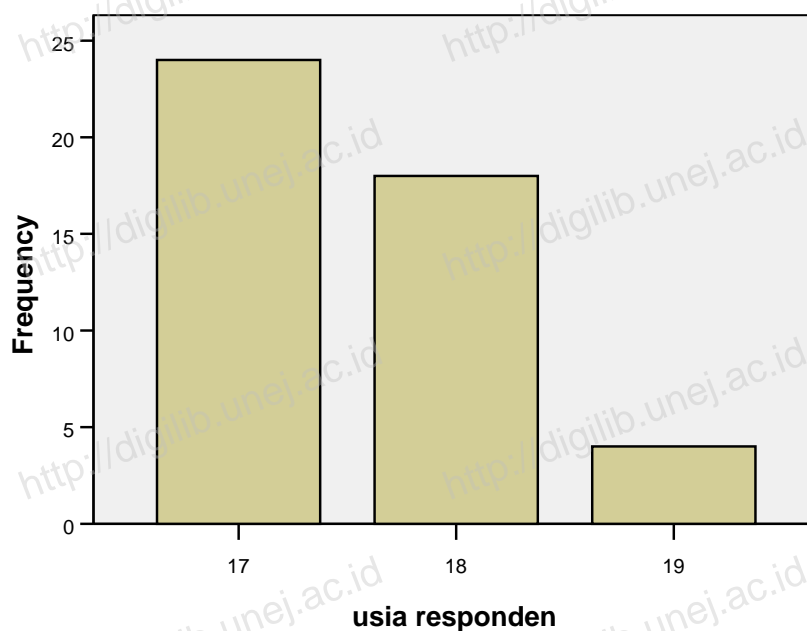
usia responden

N	Valid	46
	Missing	0
Mean		17.57
Std. Error of Mean		.097
Median		17.00
Mode		17
Std. Deviation		.655
Minimum		17
Maximum		19

usia responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 17	24	52.2	52.2	52.2
18	18	39.1	39.1	91.3
19	4	8.7	8.7	100.0
Total	46	100.0	100.0	

usia responden





## Lampiran H. Hasil Analisis Data

### 1. Hasil Univariat

#### a. Desa

**Statistics**

		usia responden	Skala Depresi
N	Valid	25	25
	Missing	0	0

**Skala Depresi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak depresi	6	24.0	24.0	24.0
	Depresi	19	76.0	76.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

#### b. Kota

**Statistics**

		Skala Depresi	usia responden
N	Valid	21	21
	Missing	0	0

**Skala Depresi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak depresi	13	61.9	61.9	61.9
	Depresi	8	38.1	38.1	100.0
Total		21	100.0	100.0	

## 2. Hasil Crosstab

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kode Daerah * Skala Depresi	46	100.0%	0	.0%	46	100.0%

### Kode Daerah \* Skala Depresi Crosstabulation

			Skala Depresi		Total
			tidak depresi	depresi	
Kode Daerah	DESA	Count	6	19	25
		% within Kode Daerah	24.0%	76.0%	100.0%
		% of Total	13.0%	41.3%	54.3%
	KOTA	Count	13	8	21
		% within Kode Daerah	61.9%	38.1%	100.0%
		% of Total	28.3%	17.4%	45.7%
Total		Count	19	27	46
		% within Kode Daerah	41.3%	58.7%	100.0%
		% of Total	41.3%	58.7%	100.0%

### Chi-Square Tests

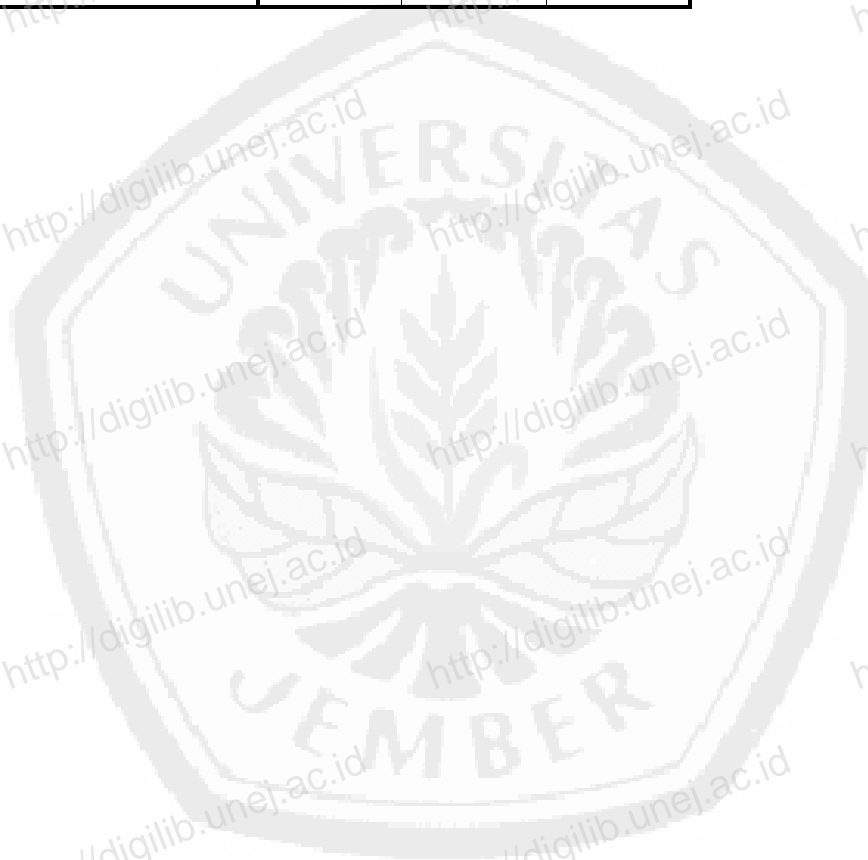
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.764(b)	1	.009		
Continuity Correction(a)	5.291	1	.021		
Likelihood Ratio	6.907	1	.009		
Fisher's Exact Test				.016	.010
Linear-by-Linear Association	6.617	1	.010		
N of Valid Cases	46				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.67.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kode Daerah (DESA / KOTA)	.194	.054	.693
For cohort Skala Depresi = tidak depresi	.388	.179	.841
For cohort Skala Depresi = depresi	1.995	1.108	3.592
N of Valid Cases	46		



### Lampiran I. Dokumentasi



Gambar 1. Kegiatan pengisian kuesioner oleh responden pada penelitian Perbedaan Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Desa Daerah Agraris di Kabupaten Jember yang dilakukan oleh Fransiska Melani Mahasiswi PSIK Universitas Jember



Gambar 2. Kegiatan pengisian kuesioner oleh responden pada penelitian Perbedaan Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Desa Daerah Agraris di Kabupaten Jember yang dilakukan oleh Fransiska Melani Mahasiswi PSIK Universitas Jember

**Lampiran J. Lampiran Surat Penelitian**

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 364/UN25.1.14/PS.8/2012  
Lampiran :  
Perihal : Ijin Study Pendahuluan

Yth. Kepala SMA Negeri 5  
Jember

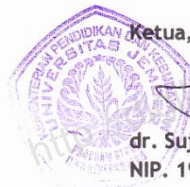
Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Fransiska Melani  
N I M : 072310101022  
judul skripsi : Perbedaan Skala Depresi Remaja Putri (17-19 Tahun) pada Daerah Agraris Desa dan Kota di Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan

mohon yang bersangkutan diberikan ijin untuk melaksanakan studi pendahuluan di SMA Negeri 5 Jember.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,

dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
NIP. 19490610 198203 1 001



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 365/UN25.1.14/PS.8/2012  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Study Pendahuluan

Yth. Kepala SMA Negeri Umbulsari  
Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Fransiska Melani  
N I M : 072310101022  
judul skripsi : Perbedaan Skala Depresi Remaja Putri (17-19 Tahun) pada Daerah Agraris Desa dan Kota di Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan

mohon yang bersangkutan diberikan ijin untuk melaksanakan studi pendahuluan di SMA Negeri 5 Umbulsari Jember.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,

dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
NIP. 19490610 198203 1 001





KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818  
e- Mail : penelitian.lemlit@unej.ac.id

Nomor : 318 /UN25.3.1/LT.5/2012  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

04 April 2012

1.Yth. Kepala Sekolah  
SMA Negeri Umbulsari  
2.Yth. Kepala Sekolah  
SMA Negeri 5 Jember  
di,  
JEMBER

Memperhatikan surat pengantar dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor : 590/UN25.1.4/PS.8/2012 tanggal 03 April 2012, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Fransiska Melani / 07 - 1022  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Alamat : Perum Tegal Besar T-2 Jember  
Judul Penelitian : Perbedaan Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember  
Lokasi : SMA Negeri Umbulsari dan SMA Negeri 5 Jember  
Lama Penelitian : satu bulan

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melakukan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.

An. Ketua  
Sekretaris

  
Drs. I Ketut Mastika, MM  
NIP 195905071989031002

Tembusan Kepada Yth :

1. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS PENDIDIKAN  
**SMA NEGERI UMBULSARI**  
JL. PB. SUDIRMAN 129 (0336) 321437 GUNUNGSARI - UMBULSARI

**SURAT IZIN**

No. 421/288 /413. 275238.30/2012

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Drs. SURONO, M.Pd  
NIP : 19520411 197603 1 009  
Pangkat/ Gol : Pembina Utama Muda , IV/c  
Jabatan : Kepala  
Unit Kerja : SMAN Umbulsari


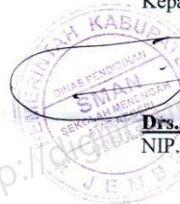
Dengan ini memberikan izin kepada :

Nama : FRANSISKA MELANI  
NIM : 07-1022  
Program Studi : Ilmu Keperawatan UNEJ Jember

Untuk mengadakan Penelitian di SMAN Umbulsari dengan judul "**Perbedaan Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember**"

Demikian surat izin ini dibuat dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Umbulsari, 7 April 2012  
Kepala,

**Drs. SURONO, M.Pd**  
NIP. 19520411 197603 1 009





**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS PENDIDIKAN  
SMA NEGERI 5 JEMBER**

Jalan Semangka No. 04 Jember ☎ (0331) 422136 Faks. (0331) 421355  
Email: [smalajember@gmail.com](mailto:smalajember@gmail.com)

**SURAT KETERANGAN**

Nomor :670/120/35.09.413.01/2012

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala SMA Negeri 5 Jember, Menerangkan bahwa :

Nama : **FRANSISKA MELANI**  
NIM : 07-1022  
Program Studi : Ilmu Keperawatan

Mahasiswa tersebut telah selesai melaksanakan penelitian di SMA Negeri 5 Jember sejak tanggal 10 s-d 11 April 2012 sesuai surat Permohonan Izin Penelitian dari Universitas Jember Lembaga Penelitian No. 318/UN25.3.1/LT.5/2012 dengan judul:

**" Perbedaan Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember ".**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 17 April 2012  
Kepala SMA 5 Jember

**Drs. PUDJI JUWONO, M.Pd**  
NIP: 19540317 197903 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS PENDIDIKAN  
**SMA NEGERI UMBULSARI**  
JL. PB. SUDIRMAN 129 (0336) 321437 GUNUNGSARI - UMBULSARI

**SURAT KETERANGAN**

No. 421/2015/413.275238.30/2012

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Drs. SURONO, M.Pd  
NIP : 19520411 197603 1 009  
Pangkat/ Gol : Pembina Utama Muda , IV/c  
Jabatan : Kepala  
Unit Kerja : SMAN Umbulsari


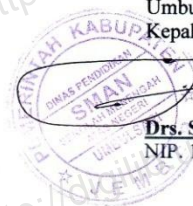
Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : FRANSISKA MELANI  
NIM : 07-1022  
Program Studi : Ilmu Keperawatan UNEJ Jember

Telah selesai mengadakan Penelitian di SMAN Umbulsari dengan judul "*Perbedaan Depresi Remaja pada Siswi SMA Negeri Desa dan Kota Daerah Agraris di Kabupaten Jember*"

Demikian surat keterangan ini dibuat dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Umbulsari, 30 April 2012  
Kepala,
















  


**Drs. SURONO, M.Pd**  
NIP. 19520411 197603 1 009

## Lampiran K. Lembar Konsultasi Bimbingan Skripsi

### LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI

Nama : Fransiska Melani  
 NIM : 072310101022  
 Dosen Pembimbing (DPU) : dr. Sujono Kardis, Sp. KJ


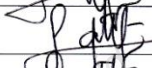
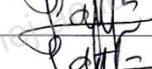

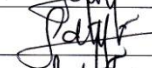
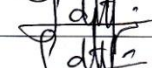
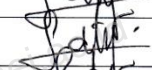
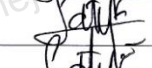
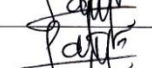





No	Tanggal	Aktifitas	Tanda Tangan
1	7 September 2011	Konsultasi Judul	
2	17 November 2011	Lanjut Bab I – IV	
3	1 Februari 2012	Konsultasi Studi Pendahuluan	
4	6 Februari 2012	Sample Penelitian	
5	9 Februari 2012	Konsultasi Sample penelitian	
6	13 Februari 2012	Konsultasi Sample Penelitian	
7	23 Februari 2012	Konsultasi Alat Pengumpul Data	
8	28 Februari 2012	Konsultasi Bab II	
9	5 Maret 2012	Acc seminar proposal	
10	27 Maret 2012	Konsultasi Revisi dan Acc Penelitian	
11	7 Mei 2012	Konsultasi Revisi	
12	15 Mei 2012	Konsultasi Hasil	
13	29 Mei 2012	Konsultasi Pembahasan	
14	30 Mei 2012	Konsultasi Sidang Hasil	
15	1 Juni 2012	Acc Sidang Hasil	

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI**

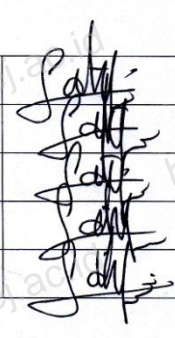
Nama : Fransiska Melani

NIM : 072310101022

Dosen Pembimbing (DPA) : Ns. Latifa Aini S., S.Kep., M. Kep., Sp. Kom.

No	Tanggal	Aktifitas	Tanda Tangan
1	20 September 2011	Pengajuan Tema (fokus) penelitian	
2	12 Oktober 2011	Mencari Fenomena	
3	18 November 2011	Bab 1-4	
4	6 Desember 2011	Konsultasi Definisi Operasional	
5	21 Desember 2011	Konsultasi Sampel Penelitian	
6	8 Februari 2012	Konsultasi Bab 1	
7	9 Februari 2012	Konsultasi Latar Belakang	
8	10 Februari 2012	Konsultasi Sampel penelitian	
9	13 Februari 2012	Bab 1 dan Bab 2	
10	17 Februari 2012	Konsultasi Alat Analisis	
11	23 Februari 2012	Konsultasi Bab 1 dan Bab 2	
12	29 Februari 2012	Konsultasi Bab 3	
13	1 Maret 2012	Konsultasi Bab	
14	2 Maret 2012	Konsultasi Seminar	
15	5 Maret 2012	Acc Seminar Proposal	
16	27 Maret 2012	Revisi Seminar Proposal	



17	28 Maret 2012	Acc Penelitian	
18	2 Mei 2012	Revisi dan Konsultasi Bab 5	
19	7 Mei 2012	Revisi Bab 5	
20	29 Mei 2012	Lanjut Bab 6 dan Melengkapi Halaman Depan	
21	1 Juni 2012	Acc Sidang Hasil	